



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Carlos Eduardo Melo Oliveira

**O corpo vivido entre afetos:**

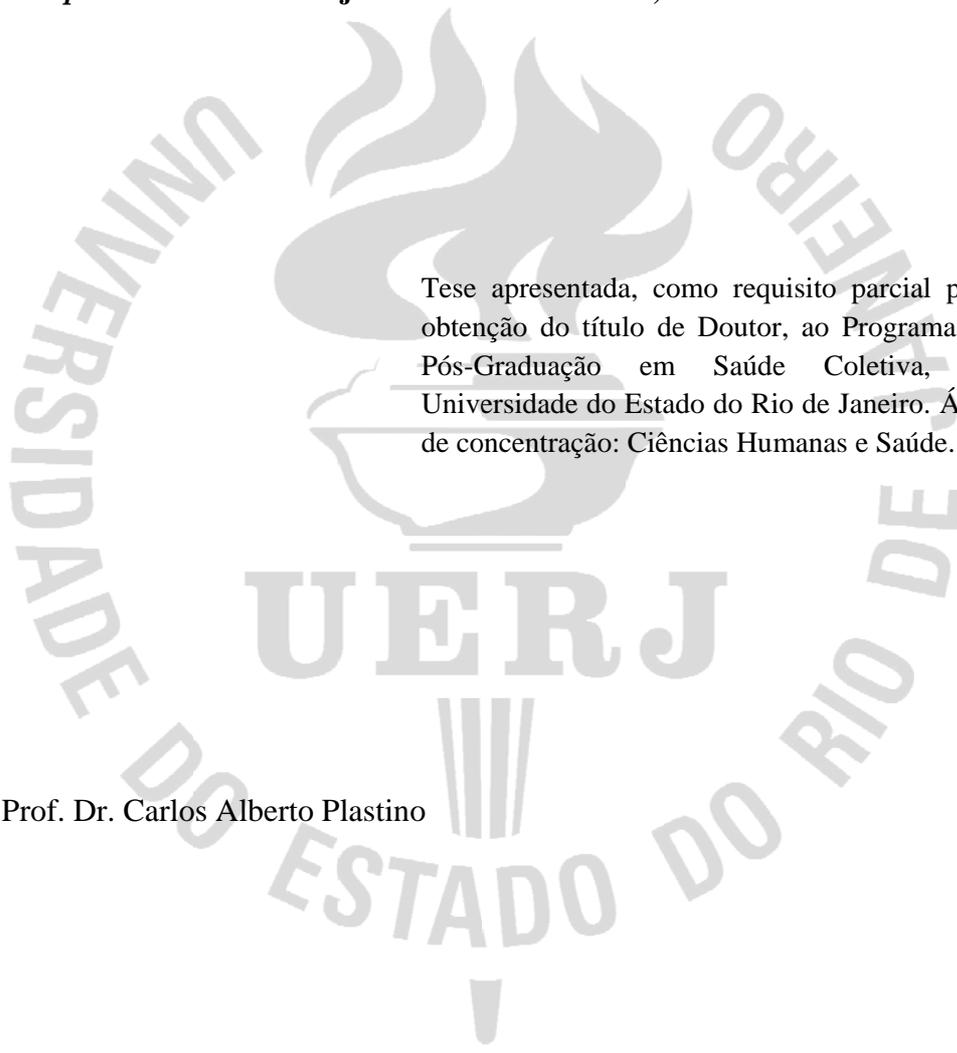
***psicorporeidade e intersubjetividade em Ferenczi, Balint e Winnicott***

Rio de Janeiro

2005

Carlos Eduardo Melo Oliveira

**O corpo vivido entre afetos:**  
*psicorporeidade e intersubjetividade em Ferenczi, Balint e Winnicott*



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

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino

Rio de Janeiro

2005

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

O48 Oliveira, Carlos Eduardo Melo.  
O corpo vivido entre afetos: psicorporeidade e intersubjetividade em  
Ferenczi, Balint e Winnicott / Carlos Eduardo Melo Oliveira. – 2005.  
199 f.

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

1.Psicanálise – Teses. 2.Corpo e mente – Teses. 3. Regressão  
(Psicologia) – Teses. 4. Subjetividade – Teses. I. Plastino, Carlos Alberto. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.  
III.Título.

CDU 159.964.2

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

---

Assinatura

---

Data

Carlos Eduardo Melo Oliveira

**O corpo vivido entre afetos: *psicorporeidade* e intersubjetividade em  
Ferenczi, Balint e Winnicott**

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

Aprovada em 04 de março de 2005.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino (Orien  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Junior  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof. Dr. Eduardo Rozenthal  
Laboratório Núcleo de Investigação do Trabalho Imaterial – UFRJ

---

Prof. Dr. Jurandir Sebastião Freire Costa  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marisa Schargel Maia  
Maternidade Escola – UFRJ

Rio de Janeiro

2005

## DEDICATÓRIA

Dedico esta tese

Aos meus pais por tudo que me proporcionaram, a começar pela própria vida.

A Carlos Alberto Plastino, que me acolheu, incentivou e estimulou, permitindo que este trabalho se tornasse possível. Mais do que um orientador, encontrei um amigo, exercendo na prática “o primado da afetividade”.

À Ana, minha companheira, e a Cauê e Pedro, meus filhos, com quem compartilho a travessia da vida, pelo carinho, a paciência e compreensão.

Àqueles a quem acompanhei na clínica e na sala de aula, pelo que me ensinaram e me fizeram aprender.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Denise Werneck, que ao me apresentar, em 1997, o livro de Paul Bercherie, deu início a este trabalho, e a Jurandir Freire Costa, com quem iniciei, na mesma época, as primeiras leituras de Ferenczi e Balint.

A Benilton Bezerra e Octavio Souza, que mesmo sem saberem, confirmaram-me, em aulas e palestras que havia aqui um projeto.

A Sylvio Goldfeld e Humberto Vasconcellos, com quem estudei Winnicott e Ferenczi no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro.

A Edson que me ensinou sobre escuta e presença.

À Renata e Humbertho, Carlos e Marta, que me transmitiram algo sobre “sentir com”.

Aos meus companheiros no doutorado: Marisa Maia, Márcia Merquior, Liana Bastos, Regina Maciel, Walter Boechat, Ana Maria Furtado, Analice Palombini, Antenor Salzer Rodrigues e Carlos Alberto Mattos, “com a cumplicidade e o sabor das grandes batalhas”, como me disse Marisa.

Aos amigos da Casa da Urca, com quem convivo cotidianamente: Elena, Lúcia, Renée, Andréa, Ana. A Irene, José Mauro e Zinda com quem compartilhei mais de perto as alegrias e angústias do “fazer acadêmico”.

A Henrique e Luna, Ian e Raquel, que me acompanharam, junto a minha família, em diferentes cenários na feitura dessa tese, tornando, pela convivência e amizade, mais agradável e divertida essa tarefa.

À Maria do Carmo, pela digitação dos primeiros manuscritos e resumos.

À Ana Maria Furtado, Analice Palombini e Ana Cretton, pela leitura cuidadosa e revisão metódica de partes do texto.

Ao IMS/UERJ, pelo apoio institucional, e à CAPES, pela bolsa que viabilizou essa jornada.

E se o corpo não for a alma, o que será a alma?

*Walt Whitman*

Eu não sou eu, nem sou o outro, sou qualquer coisa de intermédio.

*Mário Sá Carneiro*

## RESUMO

OLIVEIRA, Carlos Eduardo Melo. *O corpo vivido entre afetos: psicorporeidade e intersubjetividade em Ferenczi, Balint e Winnicott*. 2005. 161 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2005.

Esta tese pretende reafirmar duas dimensões existenciais, constituintes do ser humano: a *psicorporeidade* e a intersubjetividade. O ser humano é uma unidade psicossomática que se constitui no e através do ambiente humano que é seu entorno. Essa afirmativa parece nada incomum em 2005, mas não foi a hegemônica no pensamento ocidental. No racionalismo dualista, proposto por Platão na antiguidade e radicalizado e sistematizado por Descartes na modernidade, vigorava a radical separação entre corpo (*res extensa*) e alma (*res cogitans*), entre sujeito e objeto. Recorro à noção de corpo vivido na intersubjetividade, presente em Merleau-Ponty, para expor como concebo estas duas dimensões. Assinalo os paralelos de sua concepção ulterior (a noção de *carne*) com a da reformulação teórica freudiana - a partir da introdução do conceito de narcisismo (1914c) e do inconsciente originário, enraizado no corpo (1923a). Este é o período da formulação freudiana no qual encontram-se os pilares das principais concepções desenvolvidas por Ferenczi, Balint e Winnicott, clínicos da psicanálise cujas contribuições podem ser agrupadas no que denomino de *matriz ferencziana* - destacando-se a reformulação da teoria do trauma e a proposta clínica da regressão/progressão num ambiente facilitador que propicie continente para a experiência subjetiva. O segundo objetivo deste trabalho é mostrar a articulação entre as suas principais obras e como as dimensões da *psicorporeidade* e da intersubjetividade nelas estão presentes.

Palavras-chave: Clínica psicanalítica. Relação mente/corpo. Intersubjetividade. Trauma. Regressão.

## ABSTRACT

This thesis intends to reaffirm two existential dimensions which constitute the human being: the psycho-corporeity and the inter-subjectivity. The human being is a psychosomatic unity which constitutes him/herself through the human ambience which envelops him/her. This assertion does not sound remarkable in 2005, but it was never hegemonic in Western thought. Within the dualistic rationalism proposed by Plato in ancient Greece, and radicalized by Descartes in the modern age, a radical separation between body (*res extensa*) and soul (*res cogitans*), and between subject and object was taken for granted. I use the notion of the body living in inter-subjectivity, present in Merleau-Ponty, to expound how I conceive these two dimensions. I establish the parallels between its ulterior conception (the notion of flesh) and the Freudian theoretical reformulation – starting with the introduction of the concept of narcissism (1914c), and of the inherited unconscious, rooted in the body (1923a). This is the period of Freudian formulating where the pillars of the main concepts developed by Ferenczi, Balint and Winnicott are to be found. These are the psychoanalysts the contributions of which may be grouped in that which I call the *Ferenczian matrix* – in which the reformulation of the theory of trauma and the clinical proposal of regression/progression in a facilitating ambience propiciating a friendly space for the subjective experience stand out. The second aim of this work is to demonstrate the articulation between these psychoanalysts most important works, and how the dimensions of psycho-corporeity and inter-subjectivity are present in them.

Key words: Psychoanalytic practice. Mind/body relationship. Inter-subjectivity. Trauma.

Regression.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>Parte I</b>	<b>DAS DICOTOMIAS À IMBRICAÇÃO: PSICORPOREIDADE E INTERSUBJETIVIDADE</b>	
1	<b>IMPASSES NA COSMOVISÃO DA MODERNIDADE OCIDENTAL</b> .....	7
2	<b>O CORPO VIVIDO NA INTERSUBJETIVIDADE</b> .....	16
2.1	<b>Contextualização da fenomenologia existencial de Merleau-Ponty</b> .....	16
2.2	<b>Merleau-Ponty: o corpo vivido na intersubjetividade</b> .....	19
2.3	<b>Da consciência perceptiva à “carne”: o inconsciente em M.-Ponty</b> .....	22
<b>Parte II</b>	<b>O PERCURSO FREUDIANO E AS CORRENTES FUNDAMENTAIS DA PSICANÁLISE</b>	
3	<b>AS FORMULAÇÕES TEÓRICAS DE FREUD E A SUPERAÇÃO DE PRESSUPOSTOS MODERNOS</b> .....	30
3.1	<b>As três formulações metapsicológicas de Freud</b> .....	31
3.1.1	<u>A primeira elaboração metapsicológica</u> .....	34
3.1.2	<u>A segunda elaboração metapsicológica</u> .....	35
3.1.2.1	Transferência: noção intersubjetiva de Freud .....	36
3.1.2.2	O narcisismo .....	39
3.1.3	<u>A terceira elaboração metapsicológica</u> .....	40
3.1.3.1	A segunda teoria pulsional .....	41
3.1.3.2	O primado da afetividade, a segunda tópica e o inconsciente enraizado no corpo .....	42
3.1.3.3	A segunda teoria da angústia .....	44
3.2	<b>As posições oscilantes de Freud em relação ao trauma</b> .....	45
3.2.1	<u>A primeira teoria do trauma: a teoria da sedução, do choque sexual/pré-sexual</u> .....	45
3.2.2	<u>A segunda teoria do trauma: as impressões e marcas do excesso pulsional e o desamparo estrutural do ser humano</u> .....	50

4	<b>INTERSUBJETIVIDADE E SOLIPSISMO NAS CORRENTES FUNDAMENTAIS DA PSICANÁLISE</b> .....	57
4.1	<b>A matriz ferencziana: a articulação entre Ferenczi, Balint e Winnicott</b> .....	60
<b>Parte III</b>	<b>FERENCZI, BALINT E WINNICOTT: A TRANSMISSÃO DE UMA MATRIZ TEÓRICO-CLÍNICA</b>	
5	<b>BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS AUTORES</b>	63
5.1	<b>Ferenczi: ambiente familiar e cultural, formação médica</b> .....	65
5.1.1	<u>Formação psicanalítica</u> .....	68
5.2	<b>Winnicott: ambiente familiar e cultural, formação médica</b> .....	77
5.2.1	<u>Formação psicanalítica</u> .....	80
6	<b>PSICORPOREIDADE E INTERSUBJETIVIDADE: A UNIDADE PSICOSSOMÁTICA, O PROCESSO MATURATIVO E O FENÔMENO TRAUMÁTICO</b>	
6.1	<b>Ferenczi e a acolhida ambiental</b> .....	84
6.1.1	<u>A reabilitação da teoria do trauma como fenômeno intersubjetivo</u> .....	87
6.1.2	<u>A cicatriz arquioriginária</u> .....	94
6.2	<b>Balint: a teoria do amor primário</b> .....	96
6.2.1	<u>A ruptura da mistura harmoniosa e as relações de objeto onofílica e filobática</u> .....	100
6.2.2	<u>A falha básica</u> .....	102
6.3	<b>Winnicott: a dependência e o funcionamento psíquico precoce</b> .....	103
6.3.1	<u>O potencial herdado e o psique-soma: os processos de integração e de personalização</u> .....	107
6.3.2	<u>A dependência absoluta, o momento de ilusão e a experiência de onipotência</u> .....	110
6.3.3	<u>A mãe suficientemente boa e o fracasso gradual: a dependência relativa</u> ...	113
6.3.4	<u>Objetos e fenômenos transicionais</u> .....	114
6.3.5	<u>A adaptação à realidade compartilhada</u> .....	118
6.3.6	<u>O verdadeiro <i>self</i></u> .....	121

6.3.7	<u>O falso <i>self</i>: reação à invasão e à imposição</u>	123
7	<b>A CONCEPÇÃO CLÍNICA: REGRESSÃO/AMBIENTE FACILITADOR</b>	129
	<b>Introdução: O recurso à regressão na análise a partir de Ferenczi, Balint e Winnicott</b> .....	129
7.1	<b>A clínica psicanalítica de Ferenczi</b> .....	133
7.1.1	<u>Os experimentos técnicos de Ferenczi: a “técnica ativa”</u> .....	137
7.1.2	<u>A “elasticidade da técnica” e o “tato psicológico”</u> .....	140
7.1.3	<u>O “princípio de relaxamento e neocatarse”</u> : acolhendo a regressão .....	143
7.1.4	<u>A sinceridade do analista e a atmosfera do tratamento</u> .....	150
7.2	<b>A investigação clínica de Balint: a regressão à falha básica</b> .....	158
7.2.1	<u>As formas “benigna” e “maligna” da regressão e o “novo começo”</u> .....	163
7.3	<u>A concepção clínica de Winnicott: a regressão num ambiente facilitador</u> ..	169
7.3.1	O psique-soma na clínica .....	177
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	180
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	184

## INTRODUÇÃO

“(...) a casa ela mesma não é nenhuma dessas aparições, ela é, como dizia Leibnitz, o geometral de suas perspectivas e de todas perspectivas possíveis (...) Mas que querem dizer essas palavras? Ver, não é sempre ver de algum lugar?” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 80).

Os conceitos de *psicorporeidade* e intersubjetividade buscam expressar dimensões fundamentais da experiência humana, a partir de uma perspectiva que ressalta a sociabilidade como constitutiva do sujeito, discutindo os dualismos corpo/psiquismo e sujeito/objeto, as relações entre corporeidade e subjetividade e entre subjetividades encarnadas. É impossível pensar o sujeito sem o seu ambiente humano e sua corporeidade.

A separação entre o homem e a natureza é a matriz originária desses dualismos fundantes da modernidade. A dicotomia sujeito/objeto pressupõe um sujeito dividido numa segunda dicotomia, corpo/psiquismo. A partir da contextualização dos impasses da modernidade e das mudanças epistemológicas nas ciências e saberes contemporâneos busco contrapor-me à visão do sujeito concebido enquanto mônada psíquica, que somente *a posteriori* se relacionaria socialmente - como nas teorias do contrato social de Hobbes e Locke, bases do individualismo moderno (Plastino, 2001 a e b).

Criticar a dicotomia não significa ignorar as diferenças, mas entendê-las na complexidade de uma unidade feita de distinções e implicações mútuas: nem a redução simplificadora, que elimina as diferenças, nem a disjunção que fragmenta o ser humano em suas dimensões constitutivas (Morin, 1992).

*Psicorporeidade* e intersubjetividade são termos indissociáveis, implicados reciprocamente, assinalando aspectos de uma só dinâmica: a da existência entre corpos e afetos. Enquanto no paradigma moderno tem-se a concepção de um indivíduo que gradativamente se socializa, diversas tendências do pensamento contemporâneo concebem os processos de maturação biológica e de socialização como concomitantes e complementares, no processo de constituição do organismo/sujeito humano. Os processos de socialização e de subjetivação são imbricados numa mesma dinâmica psico-corporal/relacional. A condição humana aponta para um sujeito incorporado (*embodied*) e contextualizado em seu ambiente (*embedded*).<sup>1</sup>

Através do neologismo *psicorporeidade* procuro um vocábulo capaz de expressar uma dimensão presente nas concepções de “corpo vivido” em Merleau-Ponty e de “unidade

---

<sup>1</sup> Ver VARELA, Francisco, THOMPSON, Evon e ROSCH, Eleanor. *De cuerpo presente*. Barcelona: Gedisa, 1992 e VARELA, F.. *The embodied mind: cognitive science and human experience*. Cambridge: The MIT Press, 1995.

psicossomática” em Winnicott. O corpo como protagonista na apreensão dos afetos, contribuindo para a ampliação de sentidos compartilhados e de experiências e valores como compaixão, solidariedade e ética.

Os afetos traduzem as marcas de nossa intersubjetividade, nossa constituição enquanto humanos. O ser humano emerge como um ser bio-psico-sócio-cultural através de processos de subjetivação e de socialização que são aspectos simultâneos e inter-relacionados de uma mesma dinâmica. Sendo o sujeito humano socialmente constituído, sua forma de interação e apreensão da realidade implica a relação com a alteridade (Morin, 1980). Uma articulação complexa que nos torna singulares e únicos e, ao mesmo tempo, semelhantes e instituídos por realidades sociais e históricas determinadas (Castoriadis, 1982). Não existem sujeitos previamente constituídos, mas a co-constituição de seres em potencial, imbricados em seus ambientes inter-relacionais: entre humanos e suas culturas, tradições, linguagens, temperamentos, formas de tocar, cuidar, interagir, relacionar-se. Enfim, a sociabilidade é uma dimensão essencial de nossa subjetividade que se constitui através de relações humanas marcadas pela interação entre corpos e afetos.

Não dá mais para se pensar o indivíduo como um ser pré-existente que se socializa a partir da renúncia de certos impulsos, mas no ser humano constitucionalmente social e socialmente subjetivo em que a interação intersubjetiva participa da constituição da subjetividade. Como afirma Plastino, “a dimensão relacional deve ser considerada como constitutiva de nosso ser” (2001a: 88). Não podemos

“construir-nos ignorando nossa sociabilidade natural sem fazê-lo contra nós mesmos. Há uma diferença enorme entre postular uma ordem natural e determinada para as relações humanas, ignorando o caráter de criação que as modalidades de relacionamentos possuem, e postular a existência de nossa sociabilidade constitutiva como sendo a caracterização de nossa forma de ser.” (Plastino, 2001a: 88 e 89).

Alguns dos impasses de nossa contemporaneidade articulam-se com a renegação dessas dimensões que vem sendo resgatadas ou promovidas em diferentes áreas do conhecimento. É sobre este aspecto de nossa complexa realidade que desejo refletir e compartilhar a partir de meu envolvimento com a clínica psicoterápica, enquanto espaço de acolhimento do sofrimento psíquico no contexto das profundas transformações presentes em nossa contemporaneidade.

Procuro explorar os conceitos de *psicorporeidade* e intersubjetividade, baseando-me nas concepções de Freud (narcisismo, identificação primária, o id como inconsciente originário enraizado no corpo); de Ferenczi (concepção ampliada do trauma psíquico, os processos de identificação, a elasticidade da técnica); de Balint (o amor e o objeto primário, a falha básica e o novo começo) e de Winnicott (o ambiente facilitador, o potencial para a maturação e saúde, os espaços e fenômenos transicionais, o psique-soma). Sem desconhecer as diferenças entre estes autores, privilegio em suas obras o que elas apresentam de continuidade.

Para Freud, a saúde psíquica estava vinculada ao movimento de ruptura do enclausuramento narcísico, ao reconhecimento da alteridade e à aceitação dos próprios limites. O objetivo do tratamento psicanalítico consistia, para ele, no restabelecimento da capacidade de amar e de trabalhar, critérios bem distintos da adaptação à sociedade vigente como foram equivocadamente interpretados e corretamente criticados. A dimensão erótica (de *Eros*) é uma exigência do nosso ser que permite a superação do narcisismo.

“Nessa perspectiva, a questão do adoecer psíquico pode ser pensada não mais na perspectiva do desvio de uma pretensa ‘normalidade’, mas como impasses nos relacionamentos intersubjetivos e nas possibilidades de expansão de nossas potencialidades. O narcisismo é uma patologia e, como dizia Freud, é preciso abandoná-lo para não adoecer.” (Plastino, 2001a: 89).

Ferenczi, Balint e Winnicott, por sua vez, são autores que apontam para a constituição do sujeito humano imbricado no outro, interagindo com a alteridade de forma não apenas simbólica, mas antes corporal e afetiva, a partir da vulnerabilidade fundamental e estrutural do ser humano – percebida e explicitada por Freud. Para eles, a subjetividade em sua singularidade está fundada e tem sua origem nas relações objetais, numa dialética constante entre os aspectos intra-subjetivos e os inter-relacionais, propiciando uma importante matriz teórica para embasar, na atualidade, “uma teoria da subjetividade que se situa entre a crítica do sintoma cultural e a compreensão do sintoma pessoal.”<sup>2</sup>

Ao negar nossa condição de seres constitucionalmente sociais, nossa época não reconhece a alteridade do outro ser vivente (natural, social, planetário)<sup>3</sup>, promovendo uma

---

<sup>2</sup> Expressão utilizada pelo Prof. Jurandir Freire Costa, no curso “Sujeito e ação em Balint”, no IMS/UERJ, 2002-I.

<sup>3</sup> “A solidariedade seria, assim, o correlato de relações inter-humanas fundamentadas na alteridade. Para isso, no entanto, seria necessário que o sujeito reconhecesse o outro na diferença e singularidade, atributos da alteridade.” (Birman, 1999: 25).

tendência à indiferença em relação ao outro e um sentimento de vazio em si mesmo. Os sintomas mais comuns nos dias de hoje estão relacionados à solidão, ao narcisismo e às tentativas de aplacar a angústia através de vários tipos de compulsões e adicções. A exacerbação do individualismo e do narcisismo na contemporaneidade marca fortemente o processo de subjetivação. Conseqüentemente, a sociedade, ao desconsiderar limites ético-valorativos, favorece os impasses no interior da cultura narcísica que promove. Emerge, assim, uma subjetividade identificada apenas com a mente, que utiliza um corpo moldado pelo padrão normativo dos estetas do mercado e da cultura midiática contemporânea.

Ao invés de valores compartilhados, a sociedade contemporânea é marcada por um extremado individualismo. “A dor e o sofrimento nas experiências de isolamento pessoal” refletem uma das características marcantes das sociedades em que vivemos. Apresentam processos psicopatológicos que manifestam uma recusa da experiência intersubjetiva devido a “uma sensação inicial de vulnerabilidade vivida no plano propriamente existencial. (...) Uma aparente intimidade absoluta consigo mesmo e uma ‘estrangeiridade’ absoluta com relação aos outros”. Um comprometimento da experiência “do *outro* para mim”, “elemento constitutivo do mundo ao qual pertença e, acima de tudo, (...) de mim mesmo.” (Coelho Jr., 2003: 3 e 4).

Vários autores constataam os desafios da prática psicanalítica contemporânea no tratamento das chamadas “novas patologias”.<sup>4</sup> Estas se caracterizam por comprometimentos arcaicos, pré-edípicos, que expressam uma inadaptação à vida, um mal estar existencial, forte sensação de futilidade, falta de sentido na vida, sentimentos de não pertencimento que tornam opaca a experiência de se sentir vivo. Este quadro é pertinente a uma cultura individualista, marcada pelo narcisismo e pela ausência de ideais, pautada pelos valores do mercado e tem como resultante um sentimento de inexistência como modalidade de existência.

Na clínica, é freqüente a presença de pessoas apresentando uma angústia constante, sem objeto definido, de intensidade variável, acompanhada de manifestações somáticas. Uma sintomatologia já descrita por Freud, mas que se torna um retrato de nossa época. É recorrente a presença de uma depressão sem lentidão motora, uma acentuada falta de tolerância às frustrações, o recurso às compulsões e adicções e às condutas perversas e violentas. Pacientes que manifestam um retraimento defensivo, esquivando-se do afeto na relação, demonstrando um desinvestimento que dificulta inclusive o estabelecimento da transferência.

---

<sup>4</sup> Ver, por exemplo, Birman (1999); Kristeva, (2002); Maia (2003), entre outros.

Muitas destas características assemelham-se à descrição das estruturas *border lines* (Marcelli, 1982) e, também, dos “pacientes difíceis” que eram encaminhados a Ferenczi, Balint e Winnicott: personalidades esquizóides, comprometidos por uma falha básica, desenvolvendo falsos *selves*. Na linguagem de Winnicott, seres que experienciaram uma ansiedade impensável no período da dependência absoluta, devido a um meio não suficientemente bom e que passaram a considerar o vazio, a solidão e o tédio doloroso como estados preferíveis à relação com o outro.

Ao se buscar a superação dos impasses da clínica contemporânea (particularmente no que se refere às desordens narcísicas e psicossomáticas) é fundamental ressaltar que “a separação entre corpo e psiquismo não é sustentável pela leitura freudiana da subjetividade (...) A rigor, não existe o sujeito e seu corpo, numa dualidade e polaridade insuperáveis, mas um corpo-sujeito propriamente dito.” (Birman, 1999: 21).

Assim, na clínica são fundamentais as experiências de comunicação direta, não mediadas pela linguagem, e que muitas vezes se apresentam como registros corpóreos. Somos marcados pela alteridade desde o útero e grande parte dessas marcas se mantém num registro não-verbal. O corpo e os afetos também são formas de acesso e apreensão do real. Existe uma potência intercorpórea e afetiva capaz de ser continente para a emergência de novos sentidos.

Na perspectiva hegemônica da modernidade, a apreensão não lingüística do real é impensável, uma vez que o organismo é concebido sob o modelo mecânico-determinista. Faz-se necessário, então, superar a dualidade entre psiquismo representacional e não representacional. As representações verbais assim como as impressões, marcas não verbais, são formas de apreensão da realidade e de atribuição de sentido<sup>5</sup> ao mundo. Algumas dimensões não-verbais são pré-verbais. Elas portam uma direção, um sentido pré-lingüístico, que antecipa uma representação numa precedência ontológica (em relação à maturação biológica) ou lógica (a capacidade de conceituação depende dessa atividade pré-reflexiva). Outras dimensões não verbais expressam um sentido que não resulta em significados<sup>6</sup> lingüísticos, inteligíveis racionalmente, mas que com estes convive sincronicamente, enquanto sentido não-predicativo (e não apenas “pré”).<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> A perspectiva da experiência que chamamos sentido não se limita à capacidade que temos de traduzi-la em linguagem.

<sup>6</sup> O significado é uma das formas de expressão de sentido, o sentido tributário da linguagem.

<sup>7</sup> O sentido aponta para uma intencionalidade operatória que prescinde da linguagem sendo capaz de discriminação, sinalização, categorização, reação diferenciada. Um tipo de conhecimento perceptual (*know how*), uma apreensão imediata, distinta da significação consciente, mas que permite a aquisição de índices básicos para esta ser formada. Os conceitos originam-se a partir dessas experiências, uma vez que as atividades do espírito estão encarnadas e, em parte, delimitadas pela corporeidade. O conhecimento conceitual (*know that*) implica, além da discriminação, em capacidade de justificação e argumentação, tornando o conhecimento assim adquirido

Existem percepções antepredicativas e não-predicativas que mesmo não utilizando o código da linguagem têm um sentido compartilhado. Na dimensão dos cuidados, muitas vezes a percepção afetiva apreende o sentido da experiência por meios que antecedem e transcendem a linguagem.

A linguagem é uma habilidade a mais, que alarga o campo da experiência humana, permitindo um grau de complexidade complementar ao campo do sensível, mas não o substituindo como na concepção moderna. As inscrições psíquicas, registradas por processos lingüísticos e representacionais, são elaboradas no tratamento psicanalítico através de uma prática de decifração, baseada na interpretação. As impressões psíquicas, mais arcaicas, geram marcas sensíveis que modelam a gestualidade subjetiva. O sensível não requer intermediações, é apreendido de forma direta. Nesse caso, o foco da prática clínica volta-se para a interação num campo de afetação, de modo a acolher essas “impressões psíquicas que nunca passaram por processos lingüísticos”, convidando-nos a “pensar uma outra lógica de abordagem clínica, estabelecida aquém e além da linguagem verbal e centrada na possibilidade de um psiquismo mais abrangente norteado pelo corpo afetivo e expressivo”<sup>8</sup> (Maia, 2001: 283).

---

passível de revisão. Esse nível de significação é propriamente humano, mas o humano não se limita a esta dimensão (exposto pelo Prof. Benilton Bezerra, no curso “Corporeidade, sujeito e ação - Berson e Merleau-Ponty”, no IMS/UERJ, 2003-I).

<sup>8</sup> “Conferir ao corpo e ao afeto um lugar crucial na leitura da subjetividade é também considerar que a prática analítica não é apenas uma escuta do psiquismo, mas uma modalidade de ação.” (Birman, 1999: 22).

## PARTE I - DAS DICOTOMIAS À IMBRICAÇÃO: *PSICORPOREIDADE* E INTERSUBJETIVIDADE

### 1 IMPASSES NA COSMOVISÃO DA MODERNIDADE OCIDENTAL<sup>9</sup>

Vivemos um momento de transição, no percurso histórico ocidental. Mudanças paradigmáticas no modo de conceber e experienciar o mundo apontam para o umbral de um novo momento civilizatório. No entanto, a chamada pós-modernidade expressa apenas o desejo de alternativas à possibilidade de radicalização do projeto moderno. Algo que se anuncia pela sufixação, por ser posterior ao que o precedeu. Desse “futuro que já nos sentimos a percorrer, o que dele dissermos é sempre o produto de uma síntese pessoal embebida na imaginação” (Santos, 2000: 74).

Presenciamos ainda as colagens e os restos dos sonhos, das utopias e dos horrores vividos no século que se encerrou, o último da modernidade. Século das grandes guerras, do fasci-nazismo e do stalinismo, da bomba atômica, do desastre ecológico, mas também da psicanálise, da física quântica, do surrealismo, da fenomenologia, do existencialismo, da contra-cultura, da ecologia, das teorias sistêmicas, da cibernética, das neurociências, do fantástico desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da consciência dos seus impasses e limites, para citar algumas das experiências na ordem da cultura que propiciam a construção de perspectivas alternativas.

As grandes promessas da modernidade, em parte, não foram cumpridas e, em parte, resultaram em efeitos perversos. A dominação da natureza alcançada resultou em degradação do *habitat* humano e numa crise ecológica sem precedentes na história da humanidade.<sup>10</sup> A transição paradigmática encontra-se entre a morte e a utopia, pois “enfrentamos problemas modernos para os quais não há soluções modernas.” Se a modernidade não pode fornecer a solução para seus próprios excessos e déficits, só pode gerar o desejo de uma solução da qual não tem a resposta. Entre ruínas e atrás de fachadas, pressente-se vagos sinais da emergência de um novo. “O que faz mudar as sociedades e as épocas é precisamente o excesso de

---

<sup>9</sup> Apoio-me nesse capítulo, além da bibliografia mencionada, nos cursos do Prof. Carlos Alberto Plastino, no IMS/UERJ: “Corpo, afeto e linguagem na teoria psicanalítica”, 2000-I; “Transição paradigmática: o pensamento de Boaventura Souza Santos”, 2001-II (este em conjunto com o Prof. Ruben Mattos); “Questões da crise paradigmática”, 2002-I; do Prof. Roberto Bartholo, na COPPE/UFRJ: “Ciência moderna e concepção de mundo”, 1986-I, “Técnica e civilização industrial”, 1986-II; do Prof. Wilmar Barbosa, no IFCS/UFRJ: “Razão científica e razão filosófica” (sobre Edgar Morin), 1986-II e da Prof<sup>a</sup>. Nancy Mangabeira, no SOCII: “Mito e filosofia”, ente 1983 e 1986.

<sup>10</sup> “Há uma rigorosa continuidade entre o pensamento religioso que concede a Deus um poder acima da natureza e o moderno pensamento ‘secular’ que concede ao Homem esse mesmo poder acima da natureza. (...) Como Deus, também, essa figura transcendente do Homem conduz, rapidamente, à imposição de hierarquia social e dominação.” (Negri e Hardt, 2001:109).

problemas que suscitam em relação às soluções que tornam possíveis.” (Santos, 2000: 29 e 36).

Nessa transição há o risco de radicalização do projeto de domínio e controle da natureza, da manipulação sem precedentes da vida feita objeto, do esvaziamento de valores e princípios que regem e regulam a interação e a convivência humana. Esse risco está presente na política, na economia, na ciência e na tecnologia da atualidade: o de se ter a globalização e o neoliberalismo como únicas bases ético-valorativas para as tomadas de decisão. O sujeito contemporâneo encontra-se encerrado no narcisismo predominante de uma época destituída de outra ética que não aquela pautada pelos valores mercantis.

A ciência moderna, transformada em recurso tecnológico de sistemas sociais complexos, enfatizou a eficiência da ação em detrimento de sua finalidade ou propósito, radicalizando, assim, a discrepância entre a sua capacidade de ação e a de monitoramento de suas conseqüências.<sup>11</sup> Por isso faz sentido pensar, como Boaventura Santos, a necessidade de “um conhecimento prudente para uma vida decente.” (2000<sup>12</sup>: 16 e 117).

A constatação da falência do modelo desenvolvimentista permite o reconhecimento e resgate de uma série de epistemologias, tradições culturais, opções sociais e políticas alternativas excluídas ou desqualificadas. Mas

“como realizar um diálogo multicultural quando algumas culturas foram reduzidas ao silêncio e suas formas de ver e conhecer o mundo se tornaram impronunciáveis? (...) como fazer falar o silêncio sem que ele fale necessariamente a linguagem hegemônica que o pretende fazer falar?” (Santos, 2000: 30).

Pressupostos paradigmáticos são alicerces de processos epistemológicos de longuíssima duração, construções teóricas solidárias entre si, que se naturalizam, fundamentando uma determinada concepção de mundo, em seus aspectos ontológico,

---

<sup>11</sup> “Dado que a ciência moderna desenvolveu uma enorme capacidade de agir, mas não desenvolveu uma correspondente capacidade de prever, as conseqüências de uma ação científica tendem a ser menos científicas que a ação científica em si mesma.” (Santos, 2000: 31).

A teoria do caos assinala que nos sistemas complexos, pequenas causas podem produzir grandes efeitos: “não é possível partir do pressuposto de que o controle das causas acarreta consigo o controle das conseqüências (...) O controle das causas, sendo absoluto, é absolutamente precário.” Assim, “o caos convida-nos a um conhecimento prudente.” (Santos, 2000: 79 e 80). Nesse sentido, são exemplares as atuais pesquisas com clonagem de seres vivos e as inúmeras aberrações da natureza que têm sido criadas em laboratório. Têm-se alguns objetivos em mente, mas nenhuma idéia das possíveis conseqüências.

<sup>12</sup> Ver também o capítulo 6 de seu livro *Pela mão de Alice*.

antropológico e epistemológico. Há sempre uma concepção da realidade, do ser humano e do conhecimento que fundamenta as distintas perspectivas teóricas.<sup>13</sup>

Esses pressupostos começam a ser questionados quando o próprio conhecimento que eles permitem aponta para uma outra concepção do real, quando a civilização construída sobre esses patamares se mostra inviável ou quando as formulações a que dão origem são insuficientes para a compreensão de uma série de fenômenos que permanecem se manifestando sem estarem equacionados pelo conjunto do pensamento<sup>14</sup> (Plastino, 2001a: 43 e 86).

O Ocidente, em sua tradição hegemônica, privilegiou a unidade em detrimento da multiplicidade e da diferença, a mente em relação ao corpo, a razão como via de acesso por excelência ao conhecimento do real. Platão e Aristóteles expressaram, no pensamento filosófico, esta *de-cisão* que distingue corpo e alma, dissocia homem e natureza (Carneiro Leão, 1980: 9).<sup>15</sup> No longo percurso da história das concepções e idéias da civilização ocidental, o *lógos* grego foi transformado, destruído e recriado em *ratio*, instaurando o domínio de um determinado tipo de lógica: a da ciência instrumental moderna (Heidegger, 1973: 211 e 212).

A crença na verdade através do método científico moderno é datada e localizada na chamada Revolução Científica que transformou a cosmovisão do homem europeu entre os séculos XV e XVII. Processo iniciado pela revolução copernicana que retirou a terra do centro do universo, a partir de uma hipótese matemática (*De revolutionibus orbium coelestium*, 1543). Em 1610, Galileu agregou o método experimental ao conhecimento matemático da natureza. Descartes coroou esse processo ao constituir o racionalismo dualista enquanto método científico (*Principia philosophiae*, 1644), instaurando uma nova cosmologia no ocidente<sup>16</sup> (Koyré, 1986).

Através da dúvida metódica passou-se a buscar um conhecimento indubitável, a verdade enquanto certeza, elevando-se ao grau de virtude a desmesura do conhecimento e da

<sup>13</sup> Não deixamos de ter uma ontologia pelo fato de não a concebemos explicitamente. Um modo de evitar o risco do essencialismo é a explicitação dos pressupostos das perspectivas que se apresentam e se defrontam.

<sup>14</sup> “(...) os paradigmas sócio-culturais nascem, desenvolvem-se e morrem (...) a morte de um dado paradigma traz dentro de si o paradigma que lhe há-de suceder.” (Santos, 2000: 15).

<sup>15</sup> Nietzsche comenta que Parmênides executou a primeira crítica ao aparelho cognitivo: “ao apartar abruptamente os sentidos e a aptidão de pensar abstrações, portanto a razão, como se fossem faculdades totalmente separadas, ele dilacerou o próprio intelecto e encorajou àquela separação totalmente errônea entre ‘espírito’ e ‘corpo’ que, particularmente desde Platão, pesa como maldição sobre a filosofia.” (1973: 46).

<sup>16</sup> A perspectiva dualista cartesiana estabelece uma hierarquia da *res cogitans*, o sujeito pensante, sobre a *res extensa*, o objeto que se restringe à força, extensão, movimento, campo das intensidades e quantidades. Esta foi a concepção em sua obra que se tornou hegemônica no pensamento ocidental moderno. No entanto, em seu último texto, *Ensaio sobre as paixões da alma*, Descartes abordou a necessidade de levar em consideração os afetos e a interação entre corpo e alma.

ação, a *hybris*, grande temor de antigas tradições.<sup>17</sup> O racionalismo científico aliou-se ao pragmatismo tecnológico como modelos cognitivos básicos do pensamento ocidental, com a pretensão não só de desvendar todos os enigmas do real, mas também de intervir sobre ele, modificando-o sem limites. Na modernidade, o mistério e o ignorado limitavam-se ao “ainda não conhecido” por uma limitação temporal e/ou instrumental (Bartholo, 1986 e 1987).<sup>18</sup>

O projeto baconiano expresso sob o lema “saber é poder”, realizava a máxima cartesiana que conferia ao sujeito da modernidade o título de “mestre e senhor da natureza”. A ciência matemática e experimental, consubstanciada em “ciência como técnica”, expressava a concepção e atitude perante o mundo que caracterizou a idade moderna (Bartholo, 1986 e 1987).

Os dualismos alicerçavam o âmago do projeto moderno. A dicotomia matriz determinante da modernidade ocidental era o dualismo que distinguia o ser humano da natureza numa concepção maquínica, essencialista, determinista, baseada em leis de funcionamento eternas. O organismo humano foi colocado ao lado da máquina como *res extensa*, e o sujeito humano desencarnado, *res cogitans*, passou a conceber seu corpo e a natureza como objetos.

A formulação hegemônica da modernidade, herdeira do cartesianismo vigente, concebia “o *Eu* como uma unidade autoconstituída, independente da existência de um *Outro*”, fazendo da oposição sujeito/objeto a “marca epistemológica do pensamento moderno” (Coelho, 2002: 2). A noção de intersubjetividade era considerada um produto da “experiência romântica” sem interesse para o saber científico.

No paradigma moderno era através da teoria representacional da linguagem que se atribuía significado a uma experiência. A separação radical entre o sujeito e seus objetos tornava necessária a representação do mundo. A concepção de um real racionalmente constituído e organizado e a centralidade da consciência destinavam à linguagem e à lógica o monopólio da capacidade de apreensão e atribuição de sentidos.

A dualidade refletida para o mundo exterior (de objetos), foi também infletida em direção ao sujeito, ele mesmo dividindo-se em um sujeito/mente lidando desconfortavelmente com seu objeto/corpo. Estas dicotomias permitiram que o sujeito/cultura destruísse seu ambiente como objeto manipulável, sem conformar-se com seu organismo que insistia em

---

<sup>17</sup> Os deuses gregos puniam os homens que cometiam a *hybris*, enviando-lhes “*Até*, a cega loucura”: “A partir daí, inicia-se na vida daquele homem um processo tão fatal quanto irreversível: a destruição do homem que cometera *hybris* será fruto de suas próprias ações.” (Mangabeira, 1991: 41, referindo-se à *Ilíada*).

<sup>18</sup> Hegel chega a enunciar: “a essência do universo não possui a força necessária para poder resistir à coragem do conhecimento” (apud Heidegger, 1973: 220).

manifestar-se psicossomaticamente, negando-se a obedecê-lo segundo os padrões da consciência e da vontade. O homem moderno esqueceu-se que a natureza “é seu *habitat*, mas nunca será seu domínio, e que o habita tanto quanto ele a habita, como o testemunha sua nova patologia tanto somática quanto psíquica, tanto individual como coletiva” (Castoriadis, 1987: 158).

Ao reduzir a relação de conhecimento à relação sujeito/objeto, o paradigma moderno precisou extrair do sujeito o que lhe é propriamente humano: sua experiência corpórea, afetiva e subjetiva. Assim, o sujeito de conhecimento por excelência da modernidade era um sujeito universal, a-histórico (*res cogitans*), resultante do racionalismo, do fisicalismo e do individualismo. O primeiro, concebia o real organizado racionalmente, sendo a razão a única via de acesso a ele; o segundo, reduzia todo existente à interação de forças físico-químicas e o terceiro, definia o sujeito como um indivíduo isolado, uma mônada que só posteriormente, através do contrato social, se organizava em sociedade.

Um sujeito neutro e abstrato: “um espírito inteiramente livre de todos os preconceitos e que possa facilmente desligar-se do comércio dos sentidos” (Descartes, 1973: 85).<sup>19</sup> Em suas *Meditações* Descartes chegou à sua decisão lógica, “penso logo existo”, consolidando o racionalismo dualista: a separação radical entre o sujeito e o objeto, o espírito e seu corpo. Um sujeito dividido, que pressupunha sua própria divisão em sujeito (mente, psique, alma) e objeto (corpo, soma, organismo). Uma consciência identificada com a razão, que “utilizava” o corpo. O corpo e os afetos, considerados território das paixões, deviam ser dominados para não gerarem vícios.

“A forma científica da experiência pressupõe um Sujeito cuja existência é fruto de uma abstração de todos os elementos sensitivos particulares (‘privados’). É através desta negação de sua identidade imediata como pessoa sensitiva particular que o cientista constrói uma identidade mediata, como membro de um sujeito coletivo, apto a atuar como emissor e receptor da forma coletiva de conhecimento objetivo. A validade universal da forma científica de conhecimento pressupõe assim, a experiência de um sujeito apto a abstrair de si mesmo como um ser particular.” (Bartholo, 1987: 48 e 49).

A ciência moderna “consagrou o homem enquanto sujeito epistêmico, mas expulsou-o enquanto sujeito empírico.” O conhecimento objetivo e rigoroso prescinde do ser humano vivo, concreto, não admitindo a “interferência de particularidades humanas e de percepções

---

<sup>19</sup> Como disse José Américo Peçanha, ao definir-se pela máxima: “penso, logo existo”, “a filosofia de Descartes foi o assassinio do René” (palestra no Instituto Metodista Bennett, Rio de Janeiro, anos 80).

axiológicas.” Sobre essa base constitui-se a dicotomia sujeito/objeto, uma das características mais genuínas da epistemologia da ciência moderna, que “garante a separação absoluta entre condições do conhecimento e objeto do conhecimento.” (Santos, 2000: 82).

No entanto, as condições do conhecimento científico são relativamente arbitrárias, baseadas em convenções que definem os modos e parâmetros de investigação. Equilibra-se entre o desconhecimento do objeto de estudo e das condições do conhecimento acessível sobre ele: “é tão impossível um conhecimento científico sem condições como um conhecimento plenamente consciente de todas as condições que o tornam possível.” (Santos, 2000: 82). Assim, o conhecimento científico-natural é também socialmente construído:

“Os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor, não estão antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dessa mesma explicação. A ciência moderna não é a única explicação possível da realidade. Nada há de científico na razão que nos leva a privilegiar uma forma de conhecimento baseada na previsão e controle dos fenômenos. No fundo, trata-se de um juízo de valor. A explicação científica dos fenômenos é a autojustificação da ciência enquanto fenômeno central da nossa contemporaneidade. A ciência é, assim, autobiográfica.” (Santos, 2000: 83 e 84).

A modernidade reduziu o papel da experiência na produção de conhecimento ao experimento científico, uma forma bem específica e delimitada de apreensão, eficaz e potente para retratar e intervir em alguns aspectos e dimensões do real, mas não em outros. Em crise nas últimas décadas, a modernidade deparou-se com os limites de sua razão exclusivista, incapaz de reconhecer outras formas de contatar, perceber e traduzir o real; de aceitar seus próprios limites e de olhar para si como uma especificidade histórica do pensar humano:

“o que está em questão não é em absoluto uma pretensa falsidade da forma científica de conhecimento, e sim (...) a incapacidade da ciência moderna para dar conta, com base unicamente em suas próprias premissas, por exemplo, do amor, da intuição, dos sentimentos e paixões como formas de conhecimento. Daí advém também sua ‘cegueira auto-reflexiva’, sua incapacidade de colocar-se a si mesma em questão, pensando a partir de uma meta-posição sobre suas próprias condições de existência.” (Bartholo, 1987: 110 e 111).

No alvorecer do século XX foram dados os primeiros passos em direção a retomada da complexidade na atividade do conhecimento: a emergência do inconsciente freudiano e

desenvolvimentos no interior da própria física - ciência basilar da cosmovisão moderna - implodiram o arcabouço teórico mecânico-determinista, explicitando seus limites.<sup>20</sup> Iniciava-se um lento e gradual processo de questionamento dos pressupostos do paradigma moderno e o advento de uma perspectiva que concebe “um real heterogêneo”, caracterizado por “sua historicidade, imprevisibilidade, interpenetração, auto-organização, criatividade e acidente”, dinâmico e unificado como uma “complexa teia de inter-relações” (Plastino, 2001a: 5, 6 e 30).

Como foi dito<sup>21</sup>, criticar os dualismos não significa ignorar as diferenças, mas entendê-las na complexidade de uma unidade feita de distinções e implicações mútuas. É necessário construirmos novos conceitos, pertinentes à concepção de uma natureza viva e criativa tal como emerge das ciências e saberes contemporâneos, de modo a integrar sua dinâmica auto-poética. Os resultados da física e da biologia contemporâneas nos permitem formular uma complexa concepção do mundo físico e do ser vivo, restituindo “à natureza as propriedades de que a ciência moderna a expropriara.” (Santos, 2000: 83).

A contribuição basilar da psicanálise na transição paradigmática se dá no campo epistemológico, apontando para o papel do inconsciente, do corpo e dos afetos na produção do conhecimento.<sup>22</sup> A exclusividade da percepção do real através da consciência é uma crença da cultura ocidental invalidada pela psicanálise. Na segunda tópica, Freud vai destacar a importância da memória corporal, através de registros mnêmicos, marcas e impressões. Somos portadores de um psiquismo que sustenta memórias muito arcaicas, modos de apreensão de conhecimento por via somato-afetiva. “Nessa profunda transformação do imaginário social, o reconhecimento da capacidade de apreensão do real mediada por nosso psiquismo inconsciente, nossos corpos e nossos afetos, constitui, creio, um estratégico ponto de mutação.”<sup>23</sup> (Plastino, 2001a: 90).

Por sua vez, na física contemporânea o observador foi re-introduzido no cenário, tornando-se parte indissociável da constituição do fenômeno e da realidade. A teoria da relatividade modificou radicalmente as concepções de espaço e tempo, tornando-os relativos e não mais absolutos. O princípio da incerteza colocou a probabilidade no lugar do determinismo mecânico. A dupla manifestação do elétron, ora como onda, ora como partícula,

---

<sup>20</sup> É interessante assinalar a sincronicidade (correlação que não é de causa e efeito): foram publicados no mesmo ano de 1905 a teoria da relatividade de Einstein, os “Três ensaios” de Freud, o ensaio sobre os mitologemas de Jung, o *Ulysses* de Joyce e “*Les demoiselles d’Avignon*”, quadro de Picasso que revolucionou a perspectiva ao utilizar diferentes pontos de fuga.

<sup>21</sup> Ver p. 1, acima.

<sup>22</sup> Questões suprimidas em parte dos pós-freudianos.

<sup>23</sup> A concepção freudiana, ao distinguir o psiquismo da consciência, complementa outros dois descentramentos anteriores: o deslocamento do homem do centro do universo, efetuado por Copérnico, e de criatura divina à espécie evolutiva, realizado por Darwin.

contrariava o princípio de identidade, um dos fundamentos da lógica moderna. A constatação de que cada aspecto da realidade emergia de acordo com o instrumental utilizado, rompia com o ideal de neutralidade científica. A própria objetividade era colocada em questão na medida em que o tipo de experiência realizada passava a ser reconhecidamente co-responsável pelos resultados, estando as partículas sempre mediadas pela própria pergunta sobre elas. A separação entre sujeito e objeto permanecia uma estratégia fecunda, útil e válida para o conhecimento de regiões delimitadas do real, mas não para outras, nas quais se mostrou inadequada e limitada.

Através das ciências e dos saberes contemporâneos<sup>24</sup>, encontramos-nos num momento de abertura para a superação das dicotomias estruturantes da modernidade que sucumbe. No entanto, estas dicotomias ainda nos mantêm modernos em nossa pós-modernidade, de tão arraigadas em nosso modo de ser e conceber o mundo. Apesar de ultrapassadas conceitualmente, ainda vigoram nas concepções cotidianas da experiência vivida.

Algumas perspectivas provenientes das ciências contemporâneas concebem uma natureza auto-poiética, viva e interativa (Maturana e Varela, 1972<sup>25</sup>). Assinalam outras formas de apreensão do real não mediadas pela consciência e pela linguagem, incluindo impressões pré-reflexivas, intuições, percepções que emergem do corpo, dos afetos, enquanto experiências imediatas que rompem com a dualidade sujeito-mente-cultura / objeto-corpo-natureza<sup>26</sup> (Plastino, 2001: 83).

A partir das neurociências contemporâneas, por exemplo, Damásio (1996, 2000) vincula as noções de eu e de *self* à idéia de corporeidade. Vai postular a existência de três *selves*: o *proto-self*, o *self* central e o *self* autobiográfico. O *proto-self* seria a base corporal, não consciente, do sentido de *self*. Responsável pela interocepção, reflete a perspectiva do organismo no ambiente. O *self* central permite a consciência do momento presente, baseada no corpo, e o *self* autobiográfico recorre à memória para criar uma narrativa de si, também baseado em experiências vividas corporalmente. Assim, o psiquismo só existe num corpo. Este corpo, em seus processos sensoriais e afetivos, constitui a base que possibilita a existência do pensamento, das elaborações e cognições. Não é possível separar razão e emoção. Elas estão inexoravelmente interligadas. Não tem fundamento o dualismo da

<sup>24</sup> Santos (2000) destaca quatro contribuições que considera como rombos no paradigma moderno: a ruptura na concepção de espaço/tempo advinda da teoria da relatividade de Einstein; a demonstração de Heisenberg e Bohr de que é impossível observar e medir os fenômenos subatômicos sem interferir neles; as teorizações de Godel sobre a incompletude e as contribuições de Prigogine a respeito da auto-organização. Plastino (2003) aponta a contribuição freudiana do inconsciente como um quinto rombo.

<sup>25</sup> MATURANA, H. e VARELA, F. *Autopoiesic systems*. Santiago: Universidade de Santiago, 1972.

<sup>26</sup> Na história das ciências momentos intuitivos foram fundamentais. A intuição é sustentada pelo conhecimento e mobilizada por um envolvimento emocional que permite a eclosão de *insights*.

epistemologia moderna que separa e distingue corpo e mente. Não é da cisão que vem as idéias claras e distintas, mas da intercomunicação entre uma base psico-corporal e a atividade reflexiva, intelectual e especulativa.

A principal contribuição da ciência contemporânea é a afirmação da inter-relação dinâmica entre fenômenos e dimensões da natureza. As leis físico-químicas são capazes de explicar determinadas dimensões do real que apresentam certa estabilidade, mas não outras em que o mistério e o indizível lhe são inerentes. A relação com o real é também relação com o mistério e o paradoxo. Diversos saberes históricos, provisórios, pontuais, contraditórios entre si convivem buscando desvelar distintas dimensões, a partir de diferentes perspectivas.

O pensamento contemporâneo, em várias de suas vertentes, propõe uma concepção do real em constante formação e devir, onde o processo de conhecê-lo participa de sua criação. É importante incorporar o conhecimento de saberes elaborados a partir de distintas experiências, apontando não o fracasso da razão, mas testemunhando seus limites, agregando a perspectiva compreensiva que difere da tendência explicativa da ciência moderna. Compreender significa “andar em torno”. A elucidação de uma questão, a possibilidade de iluminar suas complexas formas de articulação, é diferente de sua explicação (Plastino, 2001b).

A verdade passa a ser concebida como articulação provisória de sentido, contextualizada e intersubjetiva. A objetividade deixa de ser a ausência de subjetividade para ser baseada na explicitação da intersubjetividade. Ao invés de uma verdade objetiva, uma ontologia essencialista e uma epistemologia neutra e imparcial, o desafio é lidar com uma verdade socialmente construída, uma ontologia do possível, explicitando escolhas epistemológicas, valorizando saberes provenientes de distintas tradições culturais.

É prudente e recomendável abdicarmos da arrogante confiança epistemológica moderna, assumindo o caráter autobiográfico do conhecimento científico. É imperioso que a epistemologia recorra à psicologia: “o conhecimento do conhecimento das coisas é o conhecimento de nós mesmos”, pois “todo conhecimento é autoconhecimento” (Santos, 2000: 81). Na contemporaneidade, o autor tem uma história, a biografia porta o sentido que fundamenta o conhecimento produzido pela autoria. O sujeito epistêmico não pode ser dissociado do sujeito empírico.

## 2 O CORPO VIVIDO NA INTERSUBJETIVIDADE<sup>27</sup>

“(...) sob o sujeito nós encontramos o tempo, e se ao paradoxo do tempo correlacionamos os do corpo, do mundo, da coisa e de outrem, compreenderemos que para além nada há a compreender.” (Merleau-Ponty, 1945: 419, apud Coelho, 2002: 18).

“Não temos idéia de um espírito que não estivesse de par com um corpo, que não se estabelecesse sobre esse solo. (...) Há um corpo do espírito e um espírito do corpo e um quiasma entre os dois.” (Merleau-Ponty, [1964] 1971: 312 e 313 apud Coelho, 2002: 26).

### 2.1 Contextualização da fenomenologia existencial de Merleau-Ponty

O conceito de intersubjetividade antes de ser uma contribuição da psicologia contemporânea, é um tema histórico da filosofia que vem sendo enfatizado pelo pensamento contemporâneo em diversas áreas. Na tradição psicológica a noção de intersubjetividade, a experiência de um *nós*, expressa a inter-relação vivida simultaneamente entre diferentes sujeitos num campo comum. Concepção desenvolvida pela fenomenologia<sup>28</sup> e em vários autores da psicanálise<sup>29</sup>, integra a experiência da alteridade na constituição da subjetividade.

Franz<sup>Brentano</sup> foi o filósofo precursor da fenomenologia, tendo sido professor de Freud em 1874 e 1875, marcando-o profundamente.<sup>30</sup> Retomando da escolástica medieval o conceito de intencionalidade, abandonara a filosofia do sujeito, tal como apresentada por Descartes. Sua “psicologia do ato” afirmava que todo fenômeno psíquico era intencional; a intencionalidade caracterizava uma abertura da consciência em direção ao mundo: “toda consciência é consciência de alguma coisa” (apud Merleau-Ponty, [1945] 1991: 14 e 15). É uma consciência

<sup>27</sup> Além da de bibliografia mencionada este texto baseia-se também nos cursos “Corpo e afeto na teoria psicanalítica”, do Prof. Carlos Alberto Plastino, no IMS/UERJ, 2002-I; “Corporeidade, sujeito e ação - Berson e Merleau-Ponty”, dos Profs. Benilton Bezerra e Francisco Ortega, no IMS, 2003-I e em estudos de fenomenologia com o Prof. Cid Cortez, IP/ UERJ, 1995.

<sup>28</sup> Depois de Husserl, a concepção fenomenológica da intersubjetividade foi desenvolvida por Max Scheler, Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty e Emmanuel Lévinas, estabelecendo-se como referência às demais concepções dessa noção.

<sup>29</sup> Partindo da noção freudiana de transferência, contra-transferência e comunicação entre inconscientes, destacaremos o desenvolvimento da noção de intersubjetividade em Sándor Ferenczi, Michel Balint e Donald Winnicott.

<sup>30</sup> Freud assistiu, na Universidade de Viena, cinco séries de conferências e seminários com Brentano, ex-padre, “um eloqüente intérprete de Aristóteles e da psicologia empírica (...) que acreditava em Deus e, ao mesmo tempo, respeitava Darwin”. Freud referiu-se a ele como “gênio”, “sujeito danado de esperto”, procurando-o para entrevistas particulares. Ateu e empirista afirmou, no auge de sua influência: “não sou mais um materialista, e também ainda não um teísta”. Permaneceria descrente, mas Brentano estimulara e tornara mais complexo o seu pensamento, “seus textos sobre psicologia deixaram sedimentos significativos na mente de Freud.” (Gay, 1989: 43 e 44, citando Freud, cartas a Silberstein, de 7/3/1875 e 13-15/3/1875).

relacional, direcionada para o outro, aberta ao mundo, que não existe em si - como a consciência cartesiana com a qual Wundt, considerado fundador da psicologia como disciplina científica, trabalhava.

Desviando a atenção wundtiana aos conteúdos da consciência, Brentano abordou os fenômenos psíquicos através da noção de experiência, não reduzindo-a aos aspectos sensíveis descritos pelo método introspectivo, mas concebendo-a como qualidade, fluxo e dinâmica, propiciando uma aproximação da psicologia com a filosofia e as ciências humanas e sociais. Ao privilegiar a compreensão da experiência ao invés da quantificação do experimento e da explicação de dados, suas concepções aproximavam-se das que seriam desenvolvidas por Henri Bergson e William James.

Bergson (1859-1941) criticou o materialismo reducionista e o idealismo racionalista, afirmando uma filosofia fundada na duração, na intuição e na emoção, ao invés de na racionalidade.<sup>31</sup> A partir da concepção de um élan vital, abordou a unidade psicofísica, apontando para a solidariedade, e não o paralelismo, entre estados mentais e físicos. O psiquismo depende do cérebro, mas ultrapassa-o conectado ao corpo e ao ambiente, sendo que a sucessão de estados de consciência expressa a continuidade da vida.<sup>32</sup> “As dificuldades do dualismo vulgar não advêm de que os dois termos se distingam, mas de que não se percebe como um deles se introduz no outro.” (Bergson, [1896] 1999: 262).

Bergson ultrapassou a tradição dualista e representacional, afirmando que os afetos têm sempre uma correspondência corporal e destacando o papel da corporeidade na vida psíquica. Para ele, a emoção portava um sentido, mobilizando a intuição, na origem do processo de representação, de criação do significado lingüístico.<sup>33</sup> Concebia o corpo como um centro de ação e não de representação ([1896] 1999: 14). O ponto de ancoragem entre o corpo e a alma era estabelecido através da percepção e da memória, sendo a percepção, não uma cópia passiva, mas uma seleção operada pelo corpo em ação, um corpo criador de sentidos.

Já Husserl (1859-1938), fundador da fenomenologia<sup>34</sup>, aprofundou as concepções de Brentano nutrindo-se do pensamento bergsoniano ao valorizar a intuição como processo imediato

---

<sup>31</sup> Suas obras mais importantes são: *Ensaio sobre os dados da consciência* (1888), *Matéria e memória* (1896) *Evolução criadora* (1907), *As duas fontes da moral e da religião* e *La pensée et le mouvent* (1932). James, que desenvolveu a noção de fluxo de consciência, foi um de seus leitores entusiastas, ajudando a difundir suas obras nos EUA. A teoria bergsoniana expressa o impacto das teorias de Darwin sobre as concepções do homem, da vida psíquica e da subjetividade. Recebeu influência da fenomenologia em seus primórdios, mesmo período que marcará a obra de Merleau-Ponty. Ver, a seguir, p. 19, nota 37.

<sup>32</sup> Winnicott têm uma visão vitalista similar à bergsoniana. Ver, a seguir, p. 107.

<sup>33</sup> Ver Bergson, “A intuição filosófica” ([1911] 1974) e *As duas fontes da moral e da religião* (1932).

<sup>34</sup> Kierkegaard e Husserl são considerados, respectivamente, os fundadores do existencialismo e da fenomenologia, tendo entre seus expoentes Nietzsche, Heidegger, Scheler, Buber, Jaspers, Binswanger, Sartre, Merleau-Ponty (ver Giles, 1975). A fenomenologia “está a caminho há muito tempo, seus discípulos se reencontram em todos os

de apreensão do conhecimento, sem a interposição de uma teoria entre o sujeito e seu objeto, padronizando suas singularidades, homogeneizando suas diferenças. O objeto da fenomenologia é o movimento do mundo dos fenômenos. Nessa concepção filosófica, o outro aparece mediado pela experiência podendo ser remetido “a um mundo vivido em comum, compartilhado com outros”: “o mundo vivido é sempre o mundo vivido de cada um, singularmente considerado, embora sempre intencionalmente dirigido a um outro objeto ou a uma outra consciência.” (Coelho Jr., 2003: 7 e 8).

Husserl afirmava o caráter fundamental da “experiência intersubjetiva para a constituição da subjetividade” e para “toda e qualquer forma de conhecimento”<sup>35</sup> (*Quinta meditação cartesiana*). Através da “investigação das experiências da corporeidade” e da constituição da subjetividade na “esfera da intersubjetividade, através de uma experiência co-constituente”, buscava “compreender o corpo do outro como um campo de sensações, como um corpo vivido”: encontra-se pela primeira vez, em uma filosofia até então profundamente marcada pela tradição das filosofias da consciência, uma referência clara à importância do corpo na relação com as coisas e com os outros.” (Coelho Jr., 2003: 2, 8 e 11, referindo-se a “Ideen II”, *Husserliana IV*).

“Meus modos de aparição me são dados de forma original, os do outro me são dados pela expressão enquanto presentificação (via empatia)”. Para o outro, “minha carne (*Leib/chair*) funciona então enquanto expressão. (...) as carnes aparecem enquanto corpos que são capazes de funcionar como expressões.” (Husserl, 2001<sup>36</sup>, apud Coelho, 2003: 12). Aqui, Husserl lança o germe das noções de expressão (*Ausdruck*) desenvolvida por Scheler, outro expoente da fenomenologia<sup>37</sup>, e de carne (*Leib/chair/flesh*), desenvolvida por Merleau-Ponty. O nosso mundo “é um mundo de *carnes*, entre elas a minha, aquela sobre a qual eu reino de

---

lugares, em Hegel e em Kierkegaard certamente, mas também em Marx, em Nietzsche, em Freud.” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 6). Kierkegaard (1813/55), por exemplo, já afirmava que não existe uma natureza humana mas uma condição humana. Ao perder os atributos atemporais e divinos, o ser humano busca um sentido que justifique e direcione sua existência. Cabe a ele criar sua essência no interior da existência, não mais admitindo-a nem anterior, nem universal. O ato da escolha, que lhe gera angústia, está relacionado com a existência concreta e singular.

<sup>35</sup> Na *Quinta meditação cartesiana* Husserl afirmou que “pela e na minha experiência própria, não me apreendo apenas eu próprio, mas também, graças a uma forma especial de experiência, apreendo também outrem.” (1929 [1969]: 239, apud Coelho, 2003: 8). Husserl interessou-se pela noção de intersubjetividade precocemente, entre 1905 e 1910 (*Husserliana XIII*), muito antes das conhecidas *Meditações cartesianas* do final dos anos 1920. Também se dedicou à intersubjetividade nas *Husserliana XIV* e *XV*, conjunto de textos de 1921/28 e 1929/35.

<sup>36</sup> HUSSERL, E.. *Sur l'intersubjectivité*, v. 1. Paris: PUF, 2001, pp.379 e 380.

<sup>37</sup> Scheler defendeu a renúncia ao *cogito* como fundamento do conhecimento do outro, partindo para o estudo das expressões: “Um bebê é primeiro sensível às expressões de corpos vivos ao seu redor em uma experiência que precisaria ser reconhecida como pré-pessoal.” Conhecemos o outro não por seu corpo ou sua consciência, mas “por suas expressões manifestas num campo”. (Coelho Jr., 2003: 13 e 14, apoiando-se em SCHELER, M.. *Nature et formes de la sympathie*. Paris: Payot, 1971). No início uma totalidade indivisa, captada intuitivamente (entre a esfera subjetiva e a objetiva), só mais tarde o bebê será capaz de distinguir a experiência de si da experiência de outro, concepção que lembra Winnicott. Ver, a seguir, pp. 105 a 115.

forma original e as outras carnes que eu compreendo como carnes através de sua expressividade e, a partir disso, como sendo carnes de outros sujeitos egóicos.” (Coelho, 2003: 11 e 12).

A grande contribuição da fenomenologia está na superação da dicotomia subjetivismo/objetivismo. O sentido não se deixa apreender pela racionalidade ou pela objetividade, pois ele é “inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que fazem sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha.” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 17).

“Não sou o resultado ou o entrecruzamento das múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu ‘psiquismo’, não posso me pensar (...) como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia (...). Tudo o que sei do mundo, mesmo devido à ciência, o sei a partir de minha visão pessoal ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência nada significariam. Todo universo da ciência é construído sobre o mundo vivido e se quisermos pensar na própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido, e seu alcance, convém despertarmos primeiramente esta experiência do mundo da qual ela é expressão segunda.” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 6).

A fenomenologia teve grande repercussão nos campos da psiquiatria e da psicoterapia: ao propor uma abordagem descritiva, sem uma pretensão explicativa *a priori*, nem um enquadramento taxionômico, classificatório. “Trata-se de descrever, e não de explicar nem de analisar. (...) O mundo está aí antes de qualquer análise que eu possa fazer dele (...) O real deve ser descrito, não construído ou constituído.” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 6, 7 e 8). Mais do que da análise explicativa através de nexos causais, é através da compreensão do quadro clínico que surgem as condições para a emergência do sentido e sua re-significação.

## 2.2 Merleau-Ponty: o corpo vivido na intersubjetividade

“O psiquismo de fato, com suas ‘particularidades’, não era mais um acontecimento no tempo objetivo e no mundo exterior, mas um acontecimento que tocamos do interior, do qual éramos o complemento ou o surgimento perpétuo e que reunia continuamente nele o seu passado, seu corpo e seu mundo. Antes de ser um fato objetivo, a união da alma e do corpo devia ser, pois uma possibilidade da possibilidade da própria consciência e a questão se colocava em saber o que é o sujeito que percebe, se deve sentir um corpo como seu. (...) Ser uma consciência ou mais certamente ser uma experiência, é comunicar-se interiormente com o mundo, o corpo e os outros, estar com eles em vez de estar ao lado deles. (...) O psicólogo não podia deixar de se descobrir como experiência, isto é, como presença sem distância no passado, no mundo, no corpo e no outro” (Merleau-Ponty, [1945]1971: 107 e 108).

Merleau-Ponty (1908/1961) priorizou a experiência vivida - tema fundamental para Husserl nos *Inéditos*<sup>38</sup>, como também “tema primeiro da fenomenologia”: “Buscar a essência do mundo não é buscar o que ele é em idéia, uma vez que o reduzimos a tema de discurso, é buscar o que ele é de fato para nós antes de qualquer tematização.” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 13). Daí formou a base “de sua reflexão da relação sujeito-mundo”, desenvolvendo a “noção de *Lebenswelt* [mundo vivido], base para uma filosofia da experiência vivida, do contato antepredicativo ou pré-reflexivo com o mundo” (Coelho, 1991: 126).

Para ele, a fenomenologia é “uma filosofia que substitui as essências na existência”<sup>39</sup>, na qual “o mundo está sempre aí antes da reflexão, como uma presença inalienável, e cujo esforço está em reencontrar esse contato ingênuo com o mundo” para descrever “nossa experiência tal como ela é” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 5). O homem e o mundo só podem ser compreendidos em sua imanência, pois não existem essências além mundo. A compreensão busca captar e reconstruir o sentido da experiência.

“O verdadeiro *Cogito* não define a existência do sujeito pelo pensamento que ele tem de existir, não converte a certeza do mundo em certeza do pensamento do mundo, e enfim não substitui o mundo mesmo pela significação mundo. Reconhece, pelo contrário, meu pensamento mesmo como um fato inalienável e elimina qualquer espécie de idealismo ao me descobrir como ‘ser no mundo’.” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 11).

Na filosofia contemporânea, Merleau-Ponty “situa-se como o grande autor da transição entre o questionamento epistemológico sobre o conhecimento do outro (resultado de uma longa tradição da filosofia moderna, a partir de Descartes) e a busca por uma ética da alteridade”. A noção de intersubjetividade, “a investigação de como o *outro* surge para mim”, esteve presente em toda sua obra. Percurso que “o leva da intersubjetividade à intercorporeidade”, com o deslocamento do *outro* “como uma questão epistemológica para o outro concreto, o outro pensado e apreendido em seu lugar de radical alteridade”. (Coelho, 2002: 15). “Para que o outro não seja uma palavra vã” é necessária “minha encarnação numa natureza e a possibilidade pelo menos de uma ligação histórica.” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 10 e 11).

Seguindo o propósito de Bergson de romper com os dualismos, Merleau-Ponty vai se opor tanto ao idealismo subjetivista quanto ao empirismo materialista e a qualquer

<sup>38</sup> Os *Inéditos*, os primeiros e menos conhecidos escritos de Husserl, foram os textos que mais influenciou Merleau-Ponty, afastando-o do veio idealista da parte mais conhecida dessa obra (entrou em contato com esses textos a partir de 1939 em Louvain, Bélgica). Também foi influenciado pelo “último” Husserl, particularmente através da noção de *Lebenswelt* (mundo vivido), e pela obra de Heidegger (Coelho, 2003: 17).

<sup>39</sup> “Que significa aqui que a existência precede a essência? Significa que o homem primeiramente existe, se <sup>d</sup>e <sup>s</sup>u<sup>o</sup> <sup>b</sup>e <sup>s</sup>u<sup>o</sup> <sup>r</sup>e <sup>n</sup>o <sup>m</sup>undo; e que só <sup>d</sup>e <sup>p</sup>ois <sup>s</sup>e <sup>d</sup>e<sup>fine</sup>.” (Sartre, 1973: 12, citando a emblemática frase de Heidegger<sup>4</sup>).

fundamentação última da realidade, para além do campo dos fenômenos. Sujeito e mundo são elementos de uma mesma realidade, pela experiência interação sujeito e objeto. Ressalta que a partir de Descartes e Kant, o sujeito da consciência conquistou uma autonomia de modo “que eu não poderia apreender nenhuma coisa como existente se primeiramente não me sentisse existindo no ato de apreendê-la”. Assim, “fizeram aparecer a consciência, a absoluta certeza do eu para mim, como a condição sem a qual não haveria absolutamente nada” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 7 e 8).

A verdade não habita o “homem interior”, como dizia Santo Agostinho, porque “não há homem interior, o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece. Quando volto a mim (...) encontro não um foco de verdade intrínseca, mas um sujeito voltado para o mundo.” O subjetivismo idealista ao sustentar a concepção de uma consciência capaz de alcançar a verdade, deixava o outro “sem ipseidade, sem lugar e sem corpo” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 8 e 9).  
Através do cogito me distingo do mundo, pois

“não existo à maneira das coisas. Devo mesmo separar de mim meu corpo compreendido como uma coisa entre as coisas, como uma soma de processos físico-químicos. (...) O *Cogito* até o presente desvalorizava a percepção do outro, me ensinava que o Eu não é acessível senão a si mesmo, posto que me definia pelo pensamento que tenho de mim mesmo e que estou evidentemente só em tê-lo” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 10 e 11).

Considerando que Husserl todavia se detinha muito ainda no papel da consciência reflexiva<sup>40</sup>, Merleau-Ponty privilegia a experiência corporal (a dimensão pré-reflexiva, pré-representacional) como campo que condiciona a experiência conceitual que é secundária em relação a ela. Para ele, a superação do dualismo moderno exige a revalorização da experiência e da percepção. A cultura ocidental privilegiou uma racionalidade exclusivista, desvalorizando dimensões que lhe são precedentes, pois é a facticidade do mundo “que faz com que o mundo seja mundo”: “O mundo não é o que penso, mas o que vivo, estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável. ‘Há um mundo’, ou antes, ‘há o mundo’; esta tese constante de minha vida eu nunca poderei explicar inteiramente.” (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 14).

Valorizando a história concreta, Merleau-Ponty afirma que cada civilização apresenta “um relacionamento único em relação ao outro, à Natureza, ao tempo, à morte”, explicitando diferentes perspectivas em relação ao significado da existência: “Porque estamos no mundo estamos condenados ao sentido” ([1945] 1971: 16 e 17).

<sup>40</sup> Em *Krisis* (1936), Husserl reconhece as limitações de suas concepções de intersubjetividade anteriores.

Pensando a subjetividade a partir do primado da percepção, privilegiando o sensível em relação ao inteligível, Merleau-Ponty supera o platonismo vigente na tradição ocidental. O corpo situa-se, ao mesmo tempo, enquanto sentiente e sentido, tocante e tocado, na reversibilidade do ativo e do passivo, do agente e do paciente, do percebido e do percebente. Filósofo da ambigüidade<sup>41</sup>, Merleau-Ponty questiona a pretensão às idéias claras e distintas do pensamento clássico moderno. A percepção não é a ponte entre o sujeito e objeto, mas a própria espessura que põe os dois termos em interação e reversibilidade.

O idealismo racionalista priorizava a *res cogitans*, reduzindo o mundo à consciência que tenho dele. O empirismo partia da *res extensa*, reduzindo o mundo ao que observo e experimento nele. A interação entre corpo e experiência subjetiva em Merleau-Ponty permite escapar do dualismo que assombra o pensamento ocidental desde Platão, buscando uma continuidade e não uma ruptura entre essas dimensões da existência, privilegiando o campo intermediário entre o interno e o externo, o psíquico e o somático, o visível e o invisível.<sup>42</sup>

### 2.3 Da consciência perceptiva à “carne”: o inconsciente em Merleau-Ponty

A fenomenologia propunha-se a estudar os atos da consciência. Assim, Husserl manteve-se distante da psicanálise e Sartre dirigiu fortes críticas à formulação do inconsciente. No entanto, ao invés de uma fenomenologia da consciência, Merleau-Ponty desenvolve “uma fenomenologia da percepção, do corpo, enquanto espaço privilegiado de nossa existência”, abrindo uma possibilidade para se pensar o inconsciente positivamente, não como produto do recalque. Dirigindo inicialmente sua atenção para a consciência perceptiva, aprofundou sua investigação até sua filosofia fenomenológica existencial desembocar numa filosofia da “carne”. Através da corporeidade e da sensorialidade na experiência do mundo, desenvolveu uma “ontologia do sensível, onde o conceito de inconsciente irá ocupar um lugar de destaque” (Coelho, 1991: 125, 126 e 131).<sup>43</sup>

Em suas primeiras obras, *A estrutura do comportamento* (1942<sup>44</sup>) e *Fenomenologia da percepção* (1945), Merleau-Ponty “desenvolve um projeto filosófico de ‘enraizamento’ da

<sup>41</sup> “A filosofia de Merleau-Ponty ficou conhecida como uma filosofia da ambigüidade. Ela advém do fato de todo nosso conhecimento se enraizar na percepção e de esta ser ambígua. (...) O entrelaçamento, o espaço virtual, o *entre*, aparecem para o filósofo como o *locus* privilegiado onde o pensar filosófico precisa situar-se.” (Coelho e Carmo, 1991: 16 e 17).

<sup>42</sup> Como o transicional em Winnicott, ver, a seguir, pp. 115 a 117.

<sup>43</sup> Formulação elaborada no período 1953-1961. Na revista *Tempos Modernos*, de 1961, em sua homenagem, Lacan escreve “M. Merleau-Ponty” e Pontalis, “A posição do problema do inconsciente em Merleau-Ponty”.

<sup>44</sup> Tese de doutoramento. O prefácio de Waelhens, na edição de 1949, qualifica-a como “Uma filosofia da ambigüidade”.

consciência no corpo” (Coelho e Carmo, 1991: 38). O comportamento devia ser “tomado ‘em sua unidade’ e em seu sentido humano” através de um conjunto de experiências significativas (Coelho, 2003: 15). Desvia a reflexão da consciência para a experiência corporal: “não estou diante de meu corpo, estou dentro de meu corpo, ou mais certamente sou meu corpo.” ([1945] 1971: 161). Busca superar tanto a concepção materialista do corpo feito objeto da ciência positiva, como o desprezo idealista que o contrapunha à alma. O corpo não é apenas uma máquina ou suporte, mas campo de ação e cognição, ressonância sensível da matéria. A experiência da “carne” expressa a imbricação entre a materialidade físico-química, a vida subjetiva e a cultura enquanto níveis distintos, não dicotomizados: “é a partir da experiência sensível/perceptiva, na esfera própria de um corpo vivido, que é possível o reconhecimento do *outro* como diferença através de suas formas expressivas.” (Coelho, 2003: 3).

Merleau-Ponty propõe no lugar do corpo objetivo, o corpo vivido. “É a partir do ‘corpo vivido’ que posso estar no ‘mundo’” (Coelho e Carmo, 1991: 49). Designa o corpo como “nosso meio geral de ter um mundo”, nosso “ancoradouro no mundo”. Não um corpo passivo, receptáculo de estímulos e gerador de respostas, meramente fisiológico, reduzido a um conjunto de habilidades e atos, mas um corpo que interage, pelo sensível criando uma “comunicação vital com o mundo que faz com que ele se torne presente como o local familiar de nossa vida” (Merleau-Ponty, 1945, apud Coelho e Carmo, 1991: 49).

A noção de intersubjetividade ganha corpo com *Fenomenologia da percepção* ([1945] 1971).<sup>45</sup> A partir da Psicologia da *Gestalt* desenvolve uma nova teoria da expressividade, valorizando o campo, o contexto cambiante. Renuncia à busca da percepção verdadeira cartesiana, afirmando que a percepção, mesmo a impressão sensorial, tem sempre um contexto, uma perspectiva que lhe dá sentido, não sendo uma recepção e decodificação passivas. O dado perceptual isolado é inconcebível. Uma apreensão ativa e contextualizada é uma capacidade do ser vivo que sente e produz sentido.<sup>46</sup>

Para ele, é inconcebível uma “realidade objetiva” independente do sujeito e este independente dos outros. “O mundo percebido é o mundo das imbricações inevitáveis e

---

<sup>45</sup> Ver na 2ª parte, o capítulo IV: “O outro e o mundo humano”. Em 1949, Merleau-Ponty proferiu uma palestra sobre o problema do outro em Husserl e Scheler. Em 1950 e 52, ministrou dois cursos na Sorbonne: “As relações com o Outro na criança” (dedicado a contribuições psicanalíticas) e “A experiência do outro” (contribuições filosóficas e da Psicologia da *Gestalt*), recorrendo a autores como Freud, Klein, Anna Freud, Glover, Spitz, Lacan, Lagache, Wallon, Köhler.

<sup>46</sup> O corpo vivo lembra a normatividade da vida, a intencionalidade da natureza de Canguilhem (ver *O normal e o patológico*). A normatividade biológica implica uma concepção da vida como fluxo, apreensão criativa do mundo, criação contínua de formas de vida, plasticidade. O ser vivo nunca é indiferente ao meio, movido por interesses e avaliações valorativas.

originais entre corpos e coisas, corpos e outros corpos.” A intersubjetividade é “uma experiência perceptiva comum, uma co-percepção.” (Coelho, 2003: 17).

Um corpo vivo e interpretativo interage com seu ambiente. Antes do pensamento, há uma interpretação do que se sente em relação ao contexto vivido, gerando um sentido ainda não passível de ser expresso de modo lingüisticamente organizado. Este sentido não é concebido como um atributo da consciência, nem do mundo, mas fruto deste encontro. A significação teórica tem como base esta experiência do sentido (Merleau-Ponty, [1945] 1971).<sup>47</sup>

No primeiro momento de sua obra, Merleau-Ponty aborda a existência não a partir do *cogito*, mas ainda privilegia a noção de consciência, situando-se de forma distanciada em relação à psicanálise, apesar de reconhecê-la como fonte de conhecimento e recorrer a Freud para falar d’”O corpo como ser sexuado” ([1945] 1971, cap. V). Assim como não aceita uma consciência “auto-evidente a si mesma, (...) que pudesse prescindir da percepção, do corpo e do mundo”, não se interessa pelo inconsciente concebido como campo de representações recalcadas como na formulação freudiana da primeira tópica. “Esse inconsciente sofre do mesmo ‘vício’ da noção clássica de consciência, se destaca da experiência, fundamentalmente da relação sensível que se dá através do corpo, e refugia-se no plano das representações.” Concebido a partir do recalque, este inconsciente permanecia “tributário de uma filosofia da consciência; baseia-se em uma realidade que privilegia a linguagem e o mundo do pensamento, fundando uma ruptura entre domínios onde existe e onde inexiste representação de palavras.” (Coelho, 1991: 135 e 144).

Merleau-Ponty partiu da noção de consciência perceptiva, com a qual buscava superar o dualismo percepção/pensamento e consciência/mundo, eixo fundamental de suas primeiras obras, para desembocar na formulação de uma noção de inconsciente que vai aproximar-se do id da segunda tópica, o psiquismo originário e enraizado no corpo<sup>48</sup> (Freud, 1923a). Translada de uma filosofia da consciência para uma ontologia do sensível, afirmando “a vivência perceptiva como experiência fundante do processo de conhecimento” (Coelho, 1991: 144).

Sua filosofia “buscava na relação perceptiva, pré-reflexiva, e não na estruturação da linguagem (para ele uma fase posterior na relação corpo-mundo) a base para a compreensão

---

<sup>47</sup> Ver na 1ª parte, a Introdução: “O corpo” e o capítulo II: “A experiência do corpo e a psicologia clássica”. Thomas Nagel, em “What is it like to be a bat?” (in: *The Philosophical Review*, v. LXXXIII, n. 4, oct. 1974, pp. 435-50), expõe uma posição próxima a esta de Merleau-Ponty: cada ser vivo tem um tipo de experiência própria devido a sua condição. Há uma forma de estar no mundo que só se desvenda através das peculiaridades da espécie e do indivíduo.

<sup>48</sup> Embora essa aproximação não se explicita em sua obra.

da questão do inconsciente.”<sup>49</sup> Concebe inicialmente o inconsciente como consciência perceptiva, visando “aproximá-lo da vivência pré-reflexiva, onde ao invés de representações e nomes encontramos uma ‘lógica de imbricação ou de promiscuidade’ na relação com a própria experiência vivida.” (Coelho, 1991<sup>50</sup>: 128, 129 e 136). A participação da percepção no processo de conhecimento funciona

“como o fundo, a experiência primeira e imediata, sobre a qual se destacam os atos reflexivos e que deve ser, portanto, pressuposta por eles. A percepção instala-se de fato no plano pré-reflexivo, aquele que nos mantém ligados ao mundo, já que é por estarmos no mundo, por sermos corpo no mundo que podemos conhecer, no sentido de estarmos abertos para que as coisas se mostrem. Percepção e plano pré-reflexivo são praticamente sinônimos na concepção de Merleau-Ponty da produção do conhecimento e na gênese dos sentidos. A experiência perceptiva é uma experiência pré-reflexiva.” (Coelho, 1991: 133).

Começou ampliando a noção de consciência “instalando-a na experiência sensível”, uma vez que o corpo e o mundo não são criações da consciência, “a consciência no corpo e o corpo no mundo” são condições para a consciência perceptiva manter, “enquanto ligada inextricavelmente ao corpo, um permanente diálogo com o mundo, e é desse diálogo que emergem os sentidos.” (Coelho, 1991: 130 e 132). Descreve-a, então, “como ser-no-mundo ou existência”, concebendo

“a motricidade como intencionalidade original (...) o movimento não é o pensamento de um movimento e o espaço corporal não é espaço pensado ou representado (...) A consciência é estar na coisa por intermédio do corpo (...) A motricidade não é pois como uma serva da consciência, que transporta o corpo ao ponto do espaço que representamos primeiramente.”<sup>51</sup> (Merleau-Ponty, 1945, apud Coelho, 1991: 131 e 132).

Não mais uma consciência que conhece, mas um “corpo-conhecedor”:

“a relação do homem com o mundo se dá sempre, inicialmente, pela percepção, por uma relação direta corpo-mundo. Não toco uma mão-idéia, uma pedra-idéia, um mundo-idéia, toco com meu corpo o mundo. Se posso me pensar como sujeito (...), só posso fazê-lo enquanto corpo e enquanto corpo no mundo.” (Coelho, 1991: 132).

<sup>49</sup> No Colóquio de Bonneval (1960), sobre inconsciente e linguagem, afirmou: “algumas vezes experimento um mal-estar em ver a categoria da linguagem ocupar todo lugar.” (MERLEAU-PONTY, Maurice, in: EY, Henry. *L'inconscient*. Paris: Desclée de Brouwer 1966: 143, apud Coelho, 1991: 128). O texto referente à participação de Merleau-Ponty foi organizado por Pontalis.

<sup>50</sup> Referindo-se a MERLEAU-PONTY, Maurice. *Résumés de cours*. Paris: Gallimard, 1968: 69.

<sup>51</sup> Winnicott vai desenvolver a noção de uma agressividade primária que se expressa através da motilidade e da mobilidade enquanto expressões da vitalidade do organismo vivo. Ver, a seguir, pp. 119 a 121.

Afastando-se paulatinamente da ênfase na noção de consciência, ele busca no corpo um modo de significação distinto do intelectual, “uma ordem perceptiva, uma forma de compreensão que prescindia do modelo consciência-objeto de consciência.” Investigando a vivência perceptiva e a gênese dos sentidos, Merleau-Ponty se detém na experiência emocional, para focar a percepção erótica, exemplo extremo da “forma de relação corpo-mundo que ele acredita prevalecer, ou, pelo menos, ser primeira em todo âmbito da experiência humana.” (Coelho, 1991: 131 e 132).

“A percepção erótica não é uma *cogitatio*, que visa a um *cogitatum*; através de um corpo, ela visa a um outro corpo, ela se forma num mundo e não numa consciência. (...) Há uma ‘compreensão’ erótica que não é da ordem do entendimento, pois o entendimento compreende percebendo uma experiência sob uma idéia, ao passo que o desejo compreende cegamente, ligando um corpo a um corpo.”<sup>52</sup> (Merleau-Ponty, [1945] 1971: 167 e 168).

Merleau-Ponty demonstrou um interesse crescente pela psicanálise e pelo inconsciente ao longo da década de 50, até sua morte em 1961.<sup>53</sup> Para ele, o fundamental da descoberta freudiana era o fato de que nossas condutas encontram “sempre várias camadas de significação (...) cada escolha tem sempre vários sentidos sem que se possa dizer que um deles é o único verdadeiro.” (Merleau-Ponty, 1968<sup>54</sup>, apud Coelho, 1991: 136 e 137). Situa a psicanálise como um pensamento que participou da transformação da noção de corpo em corpo vivido.<sup>55</sup> Descreve o inconsciente como lugar da dinâmica das pulsões,

“entre o organismo e nós mesmos (...) osmose entre a vida anônima do corpo e a vida oficial da pessoa (...) é ele quem escolhe, o que de nós será admitido na existência oficial, que evita as situações às quais nós resistimos e que não é, portanto, um não saber, mas antes um saber não reconhecido, formulado, que nós não queremos assumir.” (Merleau-Ponty, [1960] 1991<sup>56</sup>, apud Coelho, 1991: 137).

<sup>52</sup> A sexualidade deve ser compreendida enquanto vivência existencial: “A sexualidade não é nem transcendida na vida humana nem figurada em seu centro de representações inconscientes. Ela está aí constantemente como uma atmosfera.” (Merleau-Ponty, 1945, apud Coelho, 1991: 134).

<sup>53</sup> Apesar de referir-se à psicanálise desde 1945 (no capítulo dedicado à sexualidade, como mencionado acima, ver p. 24), é a partir de 1953 que esta se torna uma referência obrigatória no pensamento de Merleau-Ponty. Em “As relações com o outro na criança”, curso dado na Sorbonne nesse ano, expõe a teoria de Melanie Klein. Em 1954, aborda “O problema do inconsciente”. Em 1959/60, recorre a Freud e Klein em “Natureza e Logos: o corpo humano” (Merleau-Ponty, M. *Résumés de cours*, op. cit.). Em 1960 escreve o prefácio de *A obra de Freud* de A. Hearnard. Nesse prefácio Merleau-Ponty afirma que “a fenomenologia está em consonância com a psicanálise (...) pelo que ela subentende ou desvela até o seu limite - por seu conteúdo latente ou seu inconsciente” (Coelho, 1991: 129). *O visível e o invisível*, sua última obra publicada postumamente em 1964 (falece em 1961), demonstra, nas notas de trabalho, seu interesse pela psicanálise. (Ver Pontalis, J.-B.. “Présence, entre signes, absence”, in: *Entre le rêve et la douleur*. Paris: Gallimard, 1977: 66, apud Coelho, 1991: 127).

<sup>54</sup> Merleau-Ponty, M. *Résumés de cours*, op. cit., p. 71.

<sup>55</sup> Em 1951, numa conferência.

<sup>56</sup> MERLEAU-PONTY, Maurice. *Sinais* (1960). São Paulo: Martins Fontes, 1991.

Na passagem entre *A fenomenologia da percepção* ([1945] 1971) e *O visível e o invisível* ([1964] 2003), Merleau-Ponty formula “uma possibilidade radical de compreensão da relação entre eu e o outro” através da “intercorporeidade”:

“meu corpo é ‘coisa sentiente’, é excitável - ele e não somente minha ‘consciência’ (...) No aperto de mãos, meu corpo anexa o corpo de outro numa ‘espécie de reflexão’ cuja sede, paradoxalmente, é ele próprio. (...) Ele e eu somos os órgãos de uma só intercorporeidade (...) Percebo primeiro uma outra ‘sensibilidade’ e somente a partir daí, um outro homem e um outro pensamento.” (Merleau-Ponty, 1960<sup>57</sup>, apud Coelho, 2003: 22).

Para ele, a compreensão da experiência humana não pode mais se limitar a uma filosofia representacional, mas requer a “investigação do campo de intensidades e das experiências expressivas, solo primeiro de nossas relações com o mundo e com os outros.” (Coelho, 2003: 22). Merleau-Ponty procura superar a dicotomia sujeito/objeto, através das noções de *carne* e de reversibilidade, propondo a concepção de um corpo vivido na intersubjetividade.

“Há porosidade e imbricamento no plano pré-reflexivo e não polaridades irreconciliáveis. Trata-se de uma vivência que se dá em um nível anterior àquele que é estabelecido categoricamente pela distinção sujeito e objeto, entre o que seria interior e o que seria exterior.” (Coelho, 2002: 23).

Em seus últimos textos, Merleau-Ponty, radicaliza o primado da percepção ao estabelecer uma ontologia do sensível.<sup>58</sup> “O inconsciente é o sentir mesmo, já que o sentir não é a posse intelectual ‘daquilo’ que é sentido, mas sim desposseção de nós mesmos em seu proveito, abertura àquilo que em nós é necessário pensar para compreender.” (Merleau-Ponty<sup>59</sup>, apud Coelho, 1991: 139). Desloca-se, então, “em direção ao campo pré-pessoal da vivência mais originária do corpo e da percepção que seria anterior ontologicamente, ao pensamento e às noções de sujeito e consciência.” (Coelho, 1991: 139).

Como dissemos, em sua filosofia da “carne” Merleau-Ponty aproxima-se da concepção freudiana da segunda tópica. O inconsciente da ontologia do sensível e da dialética do visível e do invisível é o inconsciente primordial, e não aquele resultante do recalque: “O inconsciente do recalque será, portanto, uma formação secundária, contemporânea, da

<sup>57</sup> Idem, pp. 212 e 213.

<sup>58</sup> Para esse delineamento de uma ontologia do sensível, ver GREEN, André. “Du comportement a la chair: itinéraire de Merleau-Ponty”, in: *Revue Critique*, n° 211, Paris, 1964: 1032.

<sup>59</sup> Merleau-Ponty, M. *Résumés de cours*, op. cit., pp. 178 e 179.

formação de um sistema percepção-consciência e o inconsciente primordial será o deixar-ser, o sim inicial, a indivisão do sentir.” (Merleau-Ponty<sup>60</sup>, apud Coelho, 1991: 140). Assim, a noção de inconsciente, torna-se uma conceituação pertinente às suas “investigações dos fundamentos da vivência sensível.” (Coelho, 1991: 140). Nas notas de trabalho de *O visível e o invisível*,

“o inconsciente não é definido como o inverso da consciência; o corpo em sua dialética visível-vidente, a ‘carne’ como sendo o entrelaçamento, o quiasma, que traz em si o duplo movimento sensível, daquilo que sentimos e daquilo que sente, parecem pedir a noção de inconsciente para poderem ser melhor compreendidos.” (Coelho, 1991: 141).

Merleau-Ponty desenvolve uma noção transicional do inconsciente<sup>61</sup>: “Este inconsciente a ser procurado, não no fundo de nós mesmos, atrás das costas de nossa ‘consciência’, mas diante de nós como articulações de nosso campo.” ([1964] 2003: 174). Ao invés de um *topos* psíquico, o inconsciente como “uma atmosfera, aquilo que permite ser.” Essa concepção “retira a noção de inconsciente do plano do psíquico, do mental, de ser o inverso da consciência, para situá-lo no mundo, quase como uma atmosfera ou um tecido conjuntivo que está em constante movimento.” Não mais num plano intra-psíquico, “instala-se para além ou aquém de qualquer psique ou subjetividade, como presente na articulação dos corpos entre si, e mais precisamente, como articulação da ‘carne’ no mundo”<sup>62</sup> (Coelho, 1991: 142 e 144).

As últimas proposições de Merleau-Ponty apontam para a atual discussão sobre a intersubjetividade na clínica analítica. O diálogo entre o pensamento merleau-pontiano e o psicanalítico contribui para a investigação “do processo de comunicação e de percepção presentes na relação transferencial/contra-transferencial.” (Coelho, 2003: 21). A situação analítica estabelece um “campo de intercorporeidade” e não apenas um “campo intersubjetivo”. A comunicação entre inconscientes “se faz possível através da porosidade original de nossos corpos e através do fato de sermos, na análise, órgãos de uma só

---

<sup>60</sup> Idem, p. 179.

<sup>61</sup> A noção winnicottiana de espaço transicional é pertinente com as teorizações de Merleau-Ponty “sobre o pré-reflexivo como espaço perceptivo fundante das relações intersubjetivas”. Pontalis (1977) aponta que a interação de Merleau-Ponty com a psicanálise contemporânea se dá muito mais através da obra de Winnicott do que de Klein, como assinalara Green (1964). (Coelho, 2002: 24). Perla Katlau desenvolve na PUC-RJ, sob orientação do Prof. Octavio Souza, tese de doutorado aproximando os dois autores.

<sup>62</sup> A percepção inconsciente “funciona como pivô existencial” que “é e não é percebido. Pois apenas percebemos figuras sobre níveis - E apenas percebemos em relação ao nível, que é, pois, impercebido - A percepção do nível: sempre entre os objetos, é esse em torno” (Merleau-Ponty, 1964, apud Coelho, 1991: 142).

intercorporeidade.” (Figueiredo e Coelho, 2000: 102, apud Coelho, 2003: 22). O enigma da situação analítica encontra-se nos

“momentos que conseguimos nos situar no entre, no quiasma; algo se torna apreensível, mas não enquanto emergindo de uma plena visibilidade, e sim justamente, enquanto emergindo do entrelaçamento de visível e invisível. (...) Mistério que acompanha o analista em seu percurso de tentar tornar presente algo que de fato nunca esteve ausente” (Coelho, 2002: 28 e 29).

A constituição da subjetividade e a dialética entre subjetividade e intersubjetividade nunca acabam. “A experiência intersubjetiva precede a experiência pessoal e está fundada sobre a experiência corporal.” (Reis, 1999, apud Coelho, 2002: 53). Mais uma vez, como em Merleau-Ponty somos remetidos da intersubjetividade à intercorporeidade.

## PARTE II - O PERCURSO FREUDIANO E AS CORRENTES FUNDAMENTAIS DA PSICANÁLISE

### 3 AS FORMULAÇÕES TEÓRICAS DE FREUD E A SUPERAÇÃO DE PRESSUPOSTOS MODERNOS<sup>63</sup>

A psicanálise concebe o sujeito humano como resultado de uma teia de afetos concretamente vividos, produzidos numa trama intersubjetiva, sendo, portanto, um sujeito histórico. Enquanto saber intersubjetivo, propõe uma epistemologia muito distinta da moderna, incluindo, na construção do conhecimento, modos de percepção e apreensão que ocorrem por via afetiva. Constitui-se, assim, como um saber que tem na experiência clínica sua matriz epistemológica: trata-se de uma prática intersubjetiva com sujeitos singulares, num campo de intensidades afetivas (resistência, transferência, contra-transferência). Esta prática só se efetua através da imbricação entre sujeitos, uma vez que os afetos não são passíveis de análise objetiva, realizada por um sujeito neutro e isolado. Através da valorização da apreensão afetiva e inconsciente Freud ultrapassou os limites do racionalismo dualista (Plastino, 2001b).

A principal contribuição epistemológica da psicanálise foi a concepção do inconsciente como psiquismo originário, com uma capacidade de apreensão intuitiva, experiência que não tinha lugar na filosofia da consciência<sup>64</sup> (Loparic, 1991 e Plastino, 2001b). Uma relação intersubjetiva marcada por afetos constitui o cerne dessa epistemologia, fundamentada em três registros distintos: os da experiência, da apreensão inconsciente e da elaboração metapsicológica.

A experiência do inconsciente e de uma relação intersubjetiva atravessada por afetos. Não é um construto alcançado por dedução lógica e sistematização abstrata, nem o resultado de um experimento controlado e repetido como na metodologia científica moderna. A apreensão inconsciente dá um sentido a essa experiência captada intuitivamente e propicia a especulação. A elaboração metapsicológica, fruto da combinação do material clínico e da intersubjetividade criada nesse encontro de subjetividades, inevitavelmente utiliza os saberes disponíveis para a formulação conceitual - limitando a teorização às dimensões da experiência abarcadas por estes saberes (Plastino, 2001b).

Desde o início Freud deparou-se com dificuldades em elaborar teoricamente a respeito de seu objeto, o inconsciente, com o instrumental teórico que dispunha. Ao longo de sua obra,

<sup>63</sup> Apoio-me nesse capítulo, além da bibliografia mencionada, nos cursos do Prof. Carlos Alberto Plastino no IMS/UERJ: “Corpo, afeto e linguagem na teoria psicanalítica”, 2000-I; “As metapsicologias freudianas e suas relações com os pressupostos do paradigma moderno”, 2000-II; “A terceira síntese metapsicológica freudiana e suas relações com os pressupostos do paradigma da modernidade”, 2001-I; “O mal estar na cultura em Freud, Winnicott, Reich e Jung”, 2002-II.

<sup>64</sup> Freud comunicou a Jung a vontade de explicitar as conseqüências epistemológicas da psicanálise: “A despeito disso, tenho o vislumbre de uma idéia para um estudo sobre o ‘problema epistemológico do inconsciente’.” (carta de 1/7/1907, 1976: 112).

oscilou entre reproduzir o pensamento moderno<sup>65</sup> e ultrapassá-lo no sentido de transpor os pressupostos paradigmáticos que o norteavam.<sup>66</sup> A clínica psicanalítica o leva a intuições que, ao serem conceitualizadas a partir do instrumental moderno ficam aquém de sua amplitude original, só mais tarde sendo re-elaboradas numa nova metapsicologia (Plastino, 2001b).

No início e em grande parte de sua obra, há em Freud uma perspectiva solipsista correspondente à concepção individualista predominante no horizonte conceitual da modernidade e, em particular, do final do século XIX, período de sua formação. Postura epistemológica que privilegia a experiência individual própria do sujeito em detrimento de sua inscrição social (Bercherie, 1988: 24).

Mas há em Freud também, e particularmente a partir de 1914, uma perspectiva intersubjetiva da constituição do sujeito, a concepção de que a vida humana se forma social, cultural e psiquicamente ao mesmo tempo em que se desenvolve sua maturação biológica. Concepção que explicita os impasses dos pressupostos modernos nos quais se apoiara. Assim, participou também da inauguração de nossa contemporaneidade ao afirmar o primado da afetividade em nossa constituição subjetiva e o caráter interpretativo da observação e da construção teóricas - por serem realizados a partir de determinados pressupostos (1915b e 1940). (Plastino, 2001b).

O sujeito humano em Freud é um ser de afetos, que precisa do outro, para se constituir. Fundamentalmente desamparado, necessita da presença ativa desse outro em seu entorno. Essa imbricação da constituição da subjetividade com o processo de socialização através do contato afetivo é uma característica fundamental das concepções de intersubjetividade desenvolvidas por Ferenczi, Balint e Winnicott. Nesta parte do trabalho, busco ressaltar os movimentos teóricos de Freud que embasaram as contribuições destes autores.

### 3.1 As três formulações metapsicológicas de Freud

No início de sua obra, Freud preocupou-se em reunir casos empíricos que permitissem a constatação de regularidades exprimíveis em leis (Freud, 1893). No “Projeto para uma psicologia científica” (1895), conforme a premissa materialista moderna, buscava uma base material, uma correspondência físico-química para o fenômeno psíquico.

---

<sup>65</sup> Como exemplo, mesmo já em 1932, numa das “Novas conferências”, Freud faz uma declaração de fé positivista, característica da cultura anglo-saxônica.

<sup>66</sup> Os desafios de uma mudança paradigmática foram vivenciados por Freud sem que os tenha formulado assim, já que pertence a uma discussão teórica posterior, da segunda metade do século XX.

Freud apresentou, então, a teoria da sedução como explicação etiológica das psiconeuroses. Formulou pela primeira vez “o incestuoso e o infantil como fonte dos sintomas neuróticos” e lançou os elementos básicos do primeiro modelo metapsicológico: “a base inconsciente do funcionamento mental, a atividade fundamentalmente inibidora do ego” e “a oposição central entre processo primário e secundário”. O inconsciente tópico já se encontra no centro do funcionamento mental, mas “o inconsciente dinâmico, fonte de formações sintomáticas, se apresenta ainda como um fenômeno patológico” (Bercherie, 1988: 21 e 22, referindo-se ao “Projeto” de 1895).

No entanto, o “Projeto” ainda é um texto - assim como a teoria da sedução - pré-psicanalítico. Freud ainda procurava um “chão” para sua psicologia<sup>67</sup> e o fracasso em determinar uma base orgânica para o funcionamento mental gerou a necessidade de que construísse um “teto” metapsicológico. “A elaboração de um modelo metapsicológico torna-se daí em diante possível e necessária, para que a clínica do inconsciente possa encontrar um outro lugar que não aquele de um acidente individual” (Bercherie, 1988: 23).

A primeira vez que Freud utilizou o termo metapsicologia foi numa carta a Fliess: “A psicanálise - ou melhor, a metapsicologia - me preocupa sem cessar” (13/02/1896, apud Bercherie, 1988: 10). Definia-a como “o registro teórico de um saber novo, (...) a teoria do que se situa além do consciente e lhe comanda o funcionamento.” (Bercherie, 1988: 23 e 17).

Privilegiando a experiência clínica, ele construiu seu instrumental metapsicológico pela via da indução (ao invés de deduzir sua prática de construtos teóricos). Ao desistir de uma comprovação fisicalista postulou, na virada de 1897, que a realidade psíquica é tão real quanto a material, descartando a teoria da sedução<sup>68</sup>: “Não acredito mais em minha *neurótica* [teoria das neuroses]” (carta a Fliess, [21/09/1897] 1986: 265).

Com o advento da noção de realidade psíquica Freud deslocou a ênfase da investigação dos sintomas para a exploração do espaço psíquico, através da associação livre e da atenção flutuante. “Uma interioridade se cria assim, um espaço subjetivo se forma, que o edifício metapsicológico vai se esforçar por percorrer, e que fará parte da percepção freudiana no

---

<sup>67</sup> Freud deixou de lado a tentativa fisicalista por ela ser insuficiente para a compreensão da dimensão qualitativa que determinava a censura de uma representação. No entanto, não abandonou a hipótese de um dia se descobrir uma base biológica para os fenômenos psíquicos. Mas em sua última obra, “Esboço de psicanálise” (1940), colocou a psicanálise como um saber autônomo em relação às ciências neurobiológicas. Afirmou que mesmo que tivéssemos aclarado a sede orgânica dos processos psíquicos, isso não seria suficiente para compreendê-los uma vez que são de ordem eminentemente afetiva.

<sup>68</sup> A realidade psíquica tem para a neurose “mais importância que a realidade material”. Afirmo “que as cenas de sedução jamais tinham acontecido, que não eram nada além do que fantasmas imaginados pelos pacientes” (Freud, 1925, apud Bercherie, 1988: 24 e 25).

primeiro terço do século XX”. Ao mesmo tempo, como veremos a seguir, “a temática do traumatismo preocupará Freud até o fim de sua obra” (Bercherie, 1988: 18, 19 e 25).

Freud elaborou três construções metapsicológicas. A primeira, a partir da “A interpretação dos sonhos” (1900), consiste-se na primeira tópica (PréCs-Cs/Ics), na primeira teoria pulsional (pulsões sexuais e de autoconservação), na primeira teoria da angústia (fator econômico predominante, sendo a angústia resultado do recalque), concebendo o inconsciente como o recalcado. Esta primeira conceituação do “aparelho” psíquico, limitada pela perspectiva moderna, considerava a pulsão e os afetos como pura quantidade, provenientes de um corpo pensado sob forte viés mecanicista e determinista. Tudo o que era da ordem da qualidade provinha do campo das representações, única fonte de sentido na modernidade. O psiquismo foi concebido conforme a metáfora maquinica tão característica dos tempos modernos: como uma “caixa preta” com *inputs* e *outputs*, regulada pelo princípio do prazer. O excesso de carga precisava ser descarregado, o bloqueio gerava patologia. A dualidade pulsional expressava a concepção da oposição entre o indivíduo e a sociedade, conforme o paradigma moderno (Plastino, 1993 e 2001b).

A segunda elaboração metapsicológica, no interregno entre as duas tópicas, nos anos 1910, partiu da constatação de desafios na clínica e impasses na teoria, sinalizando novos caminhos. Ao se deparar com os afetos transferenciais (1912, 1914a, 1915a e 1917b) e o sentimento inconsciente de culpa (1915d e 1917a), Freud confrontou-se com os limites do paradigma moderno em que se apoiava, segundo o qual só haveria sentimentos conscientes.<sup>69</sup> A existência de afetos inconscientes deu sustentação para a sua mudança teórica. A reformulação efetuou-se em torno da problemática do narcisismo, como elemento central no processo de subjetivação, da emergência do processo de identificação<sup>70</sup> e da transferência, alçada à condição de eixo estrutural do tratamento. A dinâmica clínica - onde os afetos têm prioridade - vai impetrando modificações metapsicológicas, permitindo a afirmação de um processo de apreensão de sentido por via afetiva (Plastino, 1993 e 2001b).

A terceira formulação metapsicológica propõe a segunda tópica (id-ego-superego), a segunda teoria pulsional (pulsões de vida e pulsões de morte), a segunda teoria da angústia (a angústia como anterior ao recalque, decorrente do desamparo fundamental do ser humano nascente) e reformula o conceito de inconsciente, ao postular “o Isso, concebido como

---

<sup>69</sup> No capítulo III de “O inconsciente” (1915d) Freud assinalou este impasse ao afirmar que os afetos são sempre conscientes, mas admitindo, ao mesmo tempo, a existência do sentimento inconsciente de culpa. Tentou superar o impasse, sem o conseguir, ao propor que não existe afeto inconsciente e sim movimentos afetivos inconscientes (Plastino, 2001b).

<sup>70</sup> Nesse momento, o processo de identificação apareceu como mecanismo central da melancolia (1917a), sendo depois ampliado como dinâmica crucial para a constituição da subjetividade (Freud, 1921).

*psiquismo originário, enraizado no corpo.*” (Plastino, 2001b: 100, grifos do autor). Ao elaborá-la Freud ultrapassou os limites da racionalidade moderna, enfatizando a afetividade, reconhecendo uma diferença qualitativa entre as pulsões e admitindo intensidades com qualidades.

A pulsão, previamente concebida como conceito-limite entre o psíquico e o somático, junto ao id, inconsciente originário e enraizado no corpo, apontam para uma nova concepção da relação entre corpo e psiquismo. O ser humano, esse ser de linguagem, é também um ser corpóreo, e é através dos cuidados corporais, na relação com a alteridade, que se inicia a interação desse ser-no-mundo.<sup>71</sup> Interação afetiva que cria referências, registros, impressões psíquicas, marcas corpóreas, afetando as diferentes dimensões de um mesmo organismo/ser/sujeito.

A constituição da subjetividade passa a estar intrinsecamente vinculada ao desamparo fundamental do ser humano e à sua dependência do outro (um outro concreto, com quem interage, o qual afeta e pelo qual é afetado - Freud, 1921). A identificação primária operada por via exclusivamente afetiva é concebida como novo alicerce do processo de subjetivação. O ser humano é pensado como um ser potencial que só se constitui em articulação com a alteridade. Um ser necessariamente relacional, marcado pela intersubjetividade e pela afetividade, num movimento necessário e conflitivo em direção aos *outros significativos*<sup>72</sup>. O inconsciente participa dos processos de apreensão da realidade psíquica, sendo indissociável da significação dos afetos enquanto “mediação na apreensão mais radical e primeira do outro” (Plastino, 2001a: 76).

Ao discorrer sobre estas três formulações metapsicológicas deterei-me particularmente nas duas últimas, que balizaram os desenvolvimentos subseqüentes de Ferenczi, Balint e Winnicott.

### 3.1.1 A primeira elaboração metapsicológica<sup>73</sup>

A primeira formulação metapsicológica teve como conceito fundante o inconsciente (1900, cap. VII). O abandono da teoria da sedução e o advento da noção de realidade psíquica marcaram sua especificidade metapsicológica. As formações do inconsciente presentes na

<sup>71</sup> Intuição presente já nos “Três ensaios” (1905).

<sup>72</sup> Boa expressão de Berger e Luckman (1973).

<sup>73</sup> Textos fundamentais desse momento teórico: “A interpretação dos sonhos” (1900), “Psicopatologia da vida cotidiana” (1901) e “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905b).

“psicopatologia da vida cotidiana” (1901) expressavam uma identidade fundamental entre processos normais e psicopatológicos.

Os sistemas inconsciente e pré-consciente-consciente que constituem a primeira tópica tornam-se o “quadro geral onde se inscreve a dinâmica do conflito psíquico”. As formações sintomáticas são interpretadas como realizações de desejos inconscientes. O sonho e a histeria são as referências clínicas fundamentais, “a ‘língua fundamental’ e o tronco comum das psiconeuroses.” A noção de recalque, relega “a um segundo plano (dentro da teoria) a ordem do trauma, isto é a dimensão da história própria do sujeito, na origem do processo neurótico.” (Bercherie, 1988: 23 e 41).

Ao construir sua metapsicologia pautada pelo referencial moderno, Freud supõe uma precedência cronológica da consciência em relação ao inconsciente. Este, concebido como uma derivação e degradação da consciência, a partir da rejeição de conteúdos intoleráveis, censurados pela cultura (Plastino, 2001b).

Ao mesmo tempo, já na “A interpretação dos sonhos” (1900, caps. VI e VII), os processos psíquicos foram concebidos como originalmente inconscientes, sendo a consciência um epifenômeno.<sup>74</sup> A descoberta do inconsciente e de suas modalidades de apreensão questionava os pilares da concepção ontológica e epistemológica da modernidade, uma vez que o inconsciente difere radicalmente da consciência<sup>75</sup> (Plastino, 2001b).

### 3.1.2 A segunda elaboração metapsicológica<sup>76</sup>

Ao longo da década de 1910, no interregno entre a primeira e a segunda tópicos, Freud deparou-se com impasses e contradições que vão impulsionar reformulações em suas concepções teóricas. Momento crucial de reformulação, exposto particularmente nos textos metapsicológicos de 1914/17, assinala novas linhas de reflexão, ainda prematuras, que vão

<sup>74</sup> Afirmação que, todavia não predominou na teorização freudiana nesse período. Freud aprofundou sua concepção do inconsciente num dos textos metapsicológicos dos anos 1910 (1915d). Admitiu que apesar de ter resistido à idéia do inconsciente, teve a necessidade de inferi-lo para a compreensão de fenômenos clínicos, reconhecendo que a própria consciência é também inferida.

<sup>75</sup> Processo portador de sentido, mas não submetido às regras da lógica conjuntista identitária e da linguagem (Castoriadis): “(...) não obedecendo aos princípios lógicos nem ao ordenamento temporal e caracterizando-se pela utilização de imagens (figurabilidade), pela condensação e pelo deslocamento das intensidades afetivas”, assim como pela intensa influência plástica sobre os processos somáticos (Plastino, 2001a: 64).

<sup>76</sup> Textos fundamentais desse momento teórico: os casos clínicos (pequeno Hans, 1909a; Homem dos ratos, 1909b; Schreber, 1911a), “Cinco lições de psicanálise” (1910a), “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental” (1911b), “A dinâmica da transferência” (1912), “Sobre o início do tratamento” (1913a), “Recordar, repetir e elaborar” (1914a), “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914c), “As pulsões e suas vicissitudes” (1915b), “Repressão” (1915c), “O inconsciente” (1915d), “Luto e melancolia” (1917a).

desembocar na virada teórica dos anos vinte (Plastino, 2001b). Dois conceitos fundamentais nesse momento são: na teoria da clínica, a transferência (1912, 1914a, 1915a, 1917b) e, na elaboração metapsicológica, o narcisismo (1914c).

### 3.1.2.1 Transferência: noção intersubjetiva de Freud

A transferência é o conceito que melhor condensa a percepção freudiana da relação intersubjetiva. Freud, ao deslocar o manejo da transferência para o centro do dispositivo analítico (1914a), reafirmava que a elaboração analítica não correspondia a um processo racional ou intelectual (o que apenas serviria para recrudescer a resistência), mas afetivo, que envolvia um outro. Freud percebeu que não podia evitá-la, mas podia utilizá-la como fonte de estímulos para a superação das resistências, como veículo através do qual o processo psicanalítico podia ser conduzido. Destacou o paradoxo: a transferência, expressão da resistência mais arraigada, é também o agente mais eficaz do tratamento, sua *nêmesis*.<sup>77</sup>

“Superamos a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. (...) Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos.” (Freud, 1917a: 517).

O termo apareceu pela primeira vez em “Estudos sobre a histeria” (escrito em parceria com Breuer). A relação terapêutica já aparecia como o fator que permitia a “criação de motivos para derrotar a força psíquica da resistência” (1893: 313). Mas delimitada como fenômeno circunscrito, era apresentada como um sintoma que devia ser tratado, “de forma a manter ou restaurar uma relação terapêutica fundada numa cooperação confiante”. Ainda era percebida como uma interferência, “não fazendo parte da essência da relação terapêutica” (Laplanche e Pontalis, 1992: 517).

No caso Dora<sup>78</sup> Freud assinalou, pela primeira vez, “a importância da transferência como um fator do processo terapêutico da psicanálise” (Nota dos editores a Freud, 1905a:

---

<sup>77</sup> “A transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente.” (Freud, 1905 b: 111 e 112).

<sup>78</sup> Caso clínico que articula “A interpretação dos sonhos” (1900) e os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905b).

112). O término prematuro do caso<sup>79</sup> impulsionou-o a valorizar o fenômeno da transferência, reformulando a técnica analítica. Mas apesar de colocar a transferência num lugar primordial do processo analítico, ele ainda “não assimila o conjunto do tratamento na sua estrutura e na sua dinâmica a uma relação de transferência” (Laplanche e Pontalis, 1992: 517).

Foi na reformulação metapsicológica dos anos 1910 que houve uma “mutação do pensamento freudiano” onde a transferência “alcança enfim uma posição central (...) torna-se assim o eixo essencial, o campo mesmo do tratamento” (Bercherie, 1988: 12, nota 3, e 47). Na transferência o sujeito projeta e encarna no outro um personagem do próprio passado, depositando conteúdos, reeditando situações, permitindo recordações.<sup>80</sup> “A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados, ao longo de caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada.” (Freud, [1914a] 1989: 200 e 201).<sup>81</sup>

Particularmente a partir de “Relembrar, repetir, elaborar” (1914a), quando enfocou a repetição como atualização, não rememorada, de conflitos inconscientes, é que a transferência passou a ser caracterizada como a dinâmica que estrutura a prática psicanalítica, seu eixo estrutural, campo de reprodução e superação desses conflitos.

“(...) o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo. (...) Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão a repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar.” (Freud, 1914a: 196 e 197).

A transferência é um fenômeno que não se restringe ao tratamento psicanalítico, ela encontra-se nas relações humanas, exprimindo o deslocamento de afetos vivenciados e sua deposição em outro que não aquele que o originou.<sup>82</sup> Característica da psicanálise é a

---

<sup>79</sup> “Quem como eu desperta os demônios mais malignos com que pode lutar, demônios que habitam não totalmente domesticados no íntimo humano, deve estar preparado para sair ferido nessa contenda.” (Freud, 1905a, apud Gay, 1989: 240).

<sup>80</sup> “Tal como acontece nos sonhos, o paciente encara os produtos do despertar de seus impulsos inconscientes como contemporâneos e reais; procura colocar suas paixões em ação sem levar em conta a situação real. O médico tenta compeli-lo a ajustar esses impulsos emocionais ao nexos do tratamento e da história de sua vida (...) Esta luta (...) entre a compreensão e a procura da ação é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência.” (Freud, 1912: 143).

<sup>81</sup> Nesse texto, Freud concebe a “transferência como a um *playground* no qual lhe é permitida expandir –se em liberdade quase completa e no qual se espera que nos apresente tudo no tocante a pulsões patogênicas, que se acha oculto na mente do paciente” (1914a: 200 e 201) - um antecedente a proposta de Winnicott de um “brincar juntos” na análise.

<sup>82</sup> “O tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras coisas ocultas na vida anímica.” (Freud, [1905 b] 1989: 111 e 112).

proposta de acolher a transferência como instrumento basilar por onde se processa o trabalho analítico.

“Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada. (...) é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este.” (Laplanche e Pontalis, 1992: 514).<sup>83</sup>

Através do vínculo transferencial, o tratamento permite ao paciente tomar ciência de sua dinâmica psíquica. Ao evocar lembranças através “das ações repetitivas mais importantes e utilizar sua intenção de assim proceder, *in statu nascendi*, como material para o trabalho terapêutico (...) o instrumento principal para reprimir a compulsão à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência.” (Freud, 1914a: 200 e 201).

O analista, no centro da reedição das situações vividas, ocupa um lugar privilegiado para observar a constituição e desenvolvimento da dinâmica transferencial: “uma maneira privilegiada de apreender ‘a quente’ e *in statu nascendi* os elementos do conflito infantil, ela é a problemática singular do paciente, em que este se encontra confrontado com a existência, com a permanência, com a força dos seus desejos e fantasias inconscientes.” (Laplanche e Pontalis, 1992: 518).

O entendimento intelectual e seus *insights* são insuficientes para suprir à dinâmica da interação com o analista. Os argumentos só têm vigor e validade quando imbuídos do afeto que caracteriza o laço transferencial. “Sem esses apoios, os argumentos perdem a validade; e na vida da maioria das pessoas esses argumentos jamais funcionam (...) um homem só é acessível, também a partir do aspecto intelectual, desde que seja capaz de uma catexia libidinal de objetos.” (Freud, 1917 a: 519).

Ponto nevrálgico do processo analítico, a transferência é também a situação mais delicada, sutil e difícil de ser lidada no percurso do tratamento. Freud alertava contra a tendência de se comunicar prematuramente aos pacientes conteúdos que o contexto transferencial ainda não permitia que fossem elaborados.

“A parte decisiva do trabalho se consegue criando na relação do paciente com o médico - na transferência - novas edições dos antigos conflitos; nestas o paciente gostaria de se comportar do mesmo modo como o fez no passado, ao passo que nós, concentrando todas as forças mentais disponíveis [do paciente], compelimo-lo a chegar a uma nova decisão. Assim, a transferência torna-se o campo de batalha no qual todas as forças mutuamente em choque se enfrentam.” (Freud, 1917 b: 530).

---

<sup>83</sup> A repetição “não deve ser tomada num sentido realista que limitaria a atualização a relações efetivamente vividas (...) o que essencialmente é transferido é a realidade psíquica (...) as manifestações transferenciais não são literalmente repetições, mas equivalentes simbólicos do que é transferido.” (Laplanche e Pontalis, 1992: 520).

### 3.1.2.2 O narcisismo

A “Introdução do narcisismo na teoria da libido”<sup>84</sup> (1914c) foi a pedra angular da renovação da teoria freudiana nos anos 1910. Movimento teórico fundamental em relação à constatação de impasses e construção dos fundamentos para a virada dos anos 20, permitiu o abandono da concepção maquínica do aparelho psíquico e sua substituição por uma perspectiva antropológica radicalmente distinta da predominante na concepção individualista moderna: a afirmação do primado da afetividade na constituição do sujeito (Plastino, 2001a: 66).

Esse conceito provocou uma transformação capital na metapsicologia, gerando uma profunda revisão na teoria da libido, uma primeira reformulação na teoria pulsional, iniciando a passagem da primeira para a segunda tópica. A constatação do duplo movimento da libido, direcionada ao ego e ao objeto, rompeu com a primeira dualidade pulsional, baseada na oposição indivíduo/sociedade, e chamou a atenção para os movimentos identificatórios e para as introjeções (Plastino, 2001b).

Na constituição do narcisismo, a experiência somato-sensorial, a partir do contato da pele e da sustentação no corpo, é fundamental. Para Freud, não existiria uma unidade egóica nos primórdios, sendo apenas as pulsões auto-eróticas primordiais. Para a constituição narcísica, “uma nova ação psíquica” era necessária para permitir a apreensão do corpo como uma unidade (1914c: 84). Freud apontava para

“a relação com o outro, aludindo assim aos processos identificatórios que tanta importância terão na seqüência de sua obra. Assim, a reflexão freudiana afirma não apenas o caráter constitutivo da sociabilidade como também a primazia da afetividade nos processos identificatórios primários.” (Plastino, 2001b: 76).

Ao ampliar a investigação do sujeito para além da sexualidade Freud afirmou que o narcisismo pressupõe os cuidados maternos. Além do prazer do contato corporal com o objeto parcial, o investimento narcísico a partir do objeto total: uma criança admirada como um ser potente por uma mãe presente. É o investimento materno a nova ação psíquica necessária para passagem do auto-erotismo ao narcisismo, em direção ao amor objetual. Freud concluiu que

---

<sup>84</sup> Título mais próximo do original de Freud do que o da tradução brasileira que estamos utilizando: “Sobre o narcisismo: uma introdução”. Não se trata de uma introdução ao tema do narcisismo, mas da introdução da noção de narcisismo na teoria psicanalítica do sujeito. A primeira vez que Freud usou o termo narcisismo foi em 1909, num encontro na Sociedade Analítica de Viena (vide Jones, Ernest. *Sigmund Freud*, v. II).

“devemos começar a amar a fim de não adoeceremos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar.” (1914c: 92).<sup>85</sup>

A pulsão de vida, *Eros*, pressupõe a limitação do narcisismo, da onipotência do sujeito, permitindo a emergência da alteridade. A dimensão essencial do Édipo é justamente a da castração, enquanto delimitação da onipotência. O processo de castração é uma interdição que ao invés de mutilar permite a expansão, concomitante, dos processos de constituição subjetiva e de socialização.<sup>86</sup> *Eros*, deus inexorável, vincula-se à pulsão de morte quando o narcisismo não é ultrapassado, dirá Freud em 1920. A dimensão erótica - de ligação com outros - não pode ser ignorada na constituição do sujeito sob risco de sua automutilação (Plastino, 2001b).

### 3.1.3 A terceira elaboração metapsicológica<sup>87</sup>

Na “virada dos anos 20”, Freud produziu uma reformulação central em sua teoria, ao pensar o homem sob o primado da afetividade<sup>88</sup> - e não da racionalidade. O inconsciente deixa de ser apenas resultado do recalque de conteúdos da consciência para ser, antes, um inconsciente originário que faz parte de nossa natureza, não sendo distinguível do corpo. A complexidade do inconsciente e o “primado da afetividade” caracterizam uma profunda

---

<sup>85</sup> Segundo Balint, Freud apresentou três teorias acerca da “forma mais primitiva e precoce da relação do indivíduo com seu entorno”: o narcisismo primário, o auto-erotismo e a relação objetal. Nos “Três ensaios” afirmou que “a pulsão sexual tem um objeto sexual fora do próprio corpo da criança, sob a forma do seio da mãe.” Ao perder esse objeto “a pulsão sexual se torna auto-erótica, e somente após ter passado o período de latência é restaurada a relação original. (...) O encontro de um objeto é de fato seu reencontro.” (Freud, 1905b). Mesmo depois de 1914, Freud, por muito tempo, “não teve a intenção de abandonar a idéia de relação objetal primária em favor do narcisismo primário.” No artigo para a enciclopédia (1926b), p.ex., Freud ainda referia-se à natureza primária do amor objetal. Mas na introdução do narcisismo (1914c) Freud assinalou a existência de pulsões auto-eróticas presentes desde o nascimento, permitindo o ego se desenvolver (no trabalho sobre Leonardo de Vinci e no caso Schreber, também situou o narcisismo entre o auto-erotismo e o amor objetal). Acabou definindo a relação primitiva do indivíduo com seu entorno, baseado no narcisismo primário. P.ex., num acréscimo aos “Três ensaios”, em 1915, escreveu: “o investimento libidinal narcísico do ego é o estado original das coisas, realizado na infância mais precoce, sendo meramente encoberto pelas posteriores extensões da libido, mas essencialmente persistindo por trás delas.” Visão que manteve em seu último trabalho, “Esboço de psicanálise” (1940). (Balint, [1968] 1993: 32 e 58).

<sup>86</sup> Em “Inibição, sintoma e angústia” (1926a) Freud estendeu a noção de castração para diferentes experiências de perda. Dolto (1992) distingue as castrações simbólicas das mutiladoras. A castração simbólica é feita por um sujeito “castrado”, num ato amoroso que limita o narcisismo do sujeito no sentido de permitir capacitá-lo para uma vida alteritária (o processo de socialização implica uma limitação da onipotência e a concomitante instalação da potência). As mutiladoras, inibidoras provem do abuso e da onipotência de um sujeito não “castrado” e provoca submissão ou revolta.

<sup>87</sup> Textos fundamentais desse momento teórico: “Além do princípio do prazer” (1920), “Psicologia de grupo e análise do ego” (1921), “O ego e o id” (1923a), “Inibição, sintoma e angústia” (1926a), “O mal-estar na civilização” (1930), “Construções em análise” (1937b).

<sup>88</sup> Freud em seu estudo autobiográfico (1925), referiu-se a Fetchner, Schopenhauer e Nietzsche, como autores que, como ele, privilegiaram o campo dos afetos.

transformação em relação à primeira tópica e à concepção antropológica e epistemológica da modernidade (Plastino, 2001 b).

Alguns dos conceitos centrais dessa formulação freudiana (identificação primária, apreensão por via afetiva, comunicação entre inconscientes, empatia, inconsciente originário enraizado no corpo, ego inconsciente, pulsão enquanto qualidade, ambivalência afetiva) expressam que a socialização é parte constitutiva do processo de subjetivação e individuação. A capacidade erótica (de *Eros*) é uma potencialidade do humano que só se efetua e se atualiza nas relações intersubjetivas, concepção que ultrapassa os limites do paradigma moderno (Plastino, 2001b).

Ao investigar os fenômenos da vida psíquica infantil, sua contribuição, nesse momento, “reside claramente numa fenomenologia dos estratos primitivos e inconscientes da subjetividade”, valorizando a “totalidade do vivido” (Bercherie, 1988: 53 e 57).

### 3.1.3.1 A segunda teoria pulsional: *Eros* e *Tanatos*

As pulsões, que na primeira formulação eram concebidas apenas em termos quantitativos, enquanto força, carga e descarga, na segunda teoria pulsional exprimem qualidades (*Eros*<sup>89</sup> e destruição, amor e ódio). Pulsões concebidas como um fenômeno complexo, de caráter corporal e psíquico, com qualidades afetivas diferenciadas e com potencial disruptivo (Plastino, 2001b).

A pulsão de vida, *Eros*, expressa que o outro é imprescindível de modo muito mais abrangente do que apenas como objeto sexual. *Eros* implica associação, reunião, ligação, integração, estruturação, o reconhecimento do outro como alteridade, como sujeito, o que pressupõe a limitação da onipotência e do narcisismo. Paralelamente, uma pulsão de destruição e desarticulação, dissolve conexões e laços, e funciona como energia livre, desligada, opondo-se a *Eros*, princípio conjuntivo, que estabelece ligações. A pulsão de morte, *Tanatos*<sup>90</sup>, foi concebida como “bloco de natureza em nossa constituição psíquica”, de acordo com “o caráter universalmente regressivo das pulsões”<sup>91</sup> (1920, capítulo VI). Freud

<sup>89</sup> “A introdução de *Eros* no movimento da vida é fundamental. Do ponto de vista epistemológico, ela significa o reconhecimento da insuficiência das categorias formuladas no terreno da física para compreender o psiquismo, que constitui uma forma de ser heterogênea com relação à realidade material.” (Plastino, 2001b: 101).

<sup>90</sup> Termo não utilizado por Freud em seus textos mais sim oralmente. Na literatura psicanalítica foi introduzido por Federn (ver Laplanche e Pontalis, 1992: 501, baseado em JONES, Ernest. *Sigmund Freud: life and work*, v. III. Londres: Hogarth Press, 1957).

<sup>91</sup> Formulação concebida num momento particularmente pessimista de Freud. A depressão pela morte de Sofia, sua filha, é acentuada pela morte de seu neto, Heinele, de tuberculose. Em 1923, Freud descobre a placa de leucoplasia em sua cavidade bucal e faz sua primeira cirurgia. Intui o diagnóstico que lhe ocultam: maligno (faria trinta e três intervenções cirúrgicas, usando próteses dolorosas e incômodas para comer e falar). Vivenciava o pós-primeira guerra, o fim da *belle époque*, os primeiros abalos na crença positivista no progresso

chegou a definir a morte como o objetivo final da vida, o restabelecimento do inorgânico.<sup>92</sup> Os conceitos de “compulsão à repetição” e de “pulsão de morte” servem para “dar conta da negatividade dentro da dinâmica psicológica”<sup>93</sup> (Bercherie, 1988: 57).

A pulsão de morte assinala a presença do desamparo como um sentimento estrutural do ser humano nascente. Uma experiência de angústia da ordem do inominável se não for amparada, manifestando a extrema dependência e o medo da perda do amor e da proteção dos entes significativos. Freud, ao mesmo tempo em que supunha o dualismo pulsional independentemente do contexto ambiental, mantendo-se ainda atrelado ao conceito de indivíduo, também explicitava uma perspectiva constitucionalmente social do sujeito, onde as vicissitudes do processo de socialização participavam da imbricada constituição do sujeito humano. Se nele ainda se mantinham a diferenciação indivíduo/sociedade e o dualismo interno/externo, já indicava o caminho que será explorado por Ferenczi, Balint e Winnicott, que rejeitam a concepção de uma pulsão de morte endógena, constitutiva, atribuindo à inter-relação com o ambiente os efeitos de potencialização ou comprometimento do sujeito.

### 3.1.3.2 O primado da afetividade, a segunda tópica e o inconsciente enraizado no corpo<sup>94</sup>

O grande salto na passagem entre as duas tópicas foi a atribuição de uma dimensão qualitativa aos afetos, antes considerados apenas quantitativamente.<sup>95</sup> A qualidade era restrita ao campo psíquico, da representação. Ao diferenciar qualitativamente os afetos, Freud reconhece nos pólo da natureza e do corpo, um potencial de sentido que na modernidade era atributo exclusivo da consciência. Freud, atentando para as identificações primárias anteriores à diferenciação de objeto, admitiu que o sentido provém dos afetos, uma forma de apreensão e de impressão psíquica por via exclusivamente afetiva (1921).

A identificação primária é a mais arcaica ligação que se estabelece com um outro humano, anterior à separação do sujeito na relação com o objeto. Ela opera na constituição do

---

e as primeiras manifestações do fascismo. A perspectiva de Freud permaneceria extremamente pessimista em relação ao ser humano no “Mal estar da civilização” (1930).

<sup>92</sup> Uma natureza aqui concebida ainda segundo os padrões deterministas da física newtoniana e baseada no princípio de entropia - princípio físico que afirma uma tendência geral na natureza para a desorganização e desestruturação. Em meados do século XX, Prigogine afirma a existência do princípio da neguentropia demonstrando, no seio de um sistema, movimentos não causais, imprevisíveis, que permitem a “auto-reorganização das estruturas dissipativas”, expressando a existência de um processo auto-poiético, a dinâmica auto-criadora da natureza (Plastino 2001b).

<sup>93</sup> A melancolia, referente clínico desse momento teórico, percebida como uma patologia do luto, assinala para “a única ocorrência clínica onde se manifesta abertamente a pulsão de morte, sempre silenciosa” (Bercherie, 1988: 58).

<sup>94</sup> Para maior aprofundamento, ver Plastino, 2001b, capítulo IV: “A virada e o primado da afetividade”.

<sup>95</sup> Em “Inibição, sintoma e angústia” (1926a) Freud afirmaria: “Não sabemos o que são os afetos.”

sujeito por via exclusivamente afetiva. Ao enfatizar a identificação, Freud reconhece a complexidade da percepção, um processo tão precoce quanto intenso, através de uma ligação afetiva direta e imediata.<sup>96</sup> O id, movido por *Eros*, propulsiona um movimento afetivo em direção ao outro, permitindo a identificação. Uma dinâmica intersubjetiva no decorrer do processo de constituição da subjetividade e, simultaneamente, de socialização (Plastino, 2001b).

A segunda tópica consolidou uma virada na concepção antropológica de Freud, que deixou de conceber o sujeito constituído a partir da consciência (de onde o inconsciente do recalque se derivava) e pela linguagem (que o estruturava) para formular um psiquismo original, inconsciente, o id, enraizado no corpo, ultrapassando de forma inequívoca o dualismo natureza /cultura. Se na primeira tópica, ele distinguia o elemento traumático, proveniente da cultura, dos aspectos hereditários provenientes da natureza, na segunda articulou o histórico e humano ao natural e orgânico. O sujeito se constitui por identificação primária, por via exclusivamente afetiva, o que reafirma a sua dimensão intersubjetiva e o primado da afetividade. Essa afetividade promove a concepção de um corpo não apenas biológico, como o do século XIX, mas indivisível do psiquismo (Plastino, 2001b).

Se na “A interpretação dos sonhos” havia uma correspondência entre sistemas (ICs-PréCs/Cs) e processos (primário-secundário), na segunda tópica Freud complexificou o seu modelo, ao afirmar, a partir da experiência clínica, que dimensões do ego e do superego permaneciam inconscientes, ou seja, uma parte do sistema inconsciente funciona segundo os princípios do processo secundário (Plastino, 2001b).

Freud postulou um inconsciente originário que não é fruto do recalque e que está enraizado no corpo, deixando este de ser concebido separado do psiquismo. Os registros mnêmicos não são apenas cerebrais ou psíquicos, mas são encontrados também no corpo sob a forma de marcas e impressões de ordem somato-sensorial e imagética. O sentido advém desses registros sensoriais captados através do toque, da visão, do olfato, da audição, do paladar, da propriocepção, da atmosfera do ambiente relacional, etc.<sup>97</sup> Patrimônio antropológico, esse inconsciente originário seria a forma de ser do psiquismo antes do

---

<sup>96</sup> Freud aproxima-se aqui da percepção afetiva e erótica de Merleau-Ponty e da vinculação entre pensamento e afeto, objeto de estudo de Damásio (1996, 2000).

<sup>97</sup> Stern (1992) fala de uma percepção amodal, informação transmitida e captada, não isoladamente por um modo sensorial específico, mas de forma globalizada.

surgimento das outras instâncias psíquicas (o ego e o superego<sup>98</sup>), constituídas através da experiência vivida em contato com as relações afetivas, sociais e culturais<sup>99</sup> (Freud, 1923a).

### 3.1.3.3 A segunda teoria da angústia

No texto “O recalque” (1915c) Freud começara a expor os impasses que o levaram a modificar a teoria da angústia. Nesse trabalho, o recalque primário, que fundava a cisão psíquica, o inconsciente, era, ao mesmo tempo, produto desta cisão. Freud percebeu sua contradição nesse momento de constatação de impasses em sua teoria (Plastino, 2001b).

Ao longo de sua obra, Freud foi destacando a importância da angústia na clínica, vendo-se compelido a fazer uma revisão de sua teoria (1926a). Concebeu, então, a angústia como o primeiro afeto presente na constituição do psiquismo, sendo anterior ao recalque e não mais consequência deste como na primeira teoria.<sup>100</sup> Sustentou que a angústia era um afeto primordial, proveniente do desamparo estrutural do ser humano face ao medo de perder o amor parental. Posteriormente, torna-se decorrente também da introjeção do superego, do temor ao castigo e ao fracasso social.

A concepção freudiana do desamparo (*Hilflosigkeit*) primordial resulta da prematura maturação do ser humano: a necessidade de ser amado por um outro é condição de sua sobrevivência.<sup>101</sup> Ao reafirmar o caráter fundamental do desamparo na constituição do sujeito humano - dada a precariedade de seu aparato biológico instintivo em relação a qualquer outro mamífero - Freud faz da intersubjetividade o campo propriamente humano. Este é o momento, como veremos, em que o trauma é mais uma vez resgatado, concebido como um transbordamento que provoca sintomas devido a sua intensidade.

<sup>98</sup> O ego, reflexivo, projeção mental da superfície do corpo, forma-se a partir de sensações e da diferenciação entre o dentro e o fora, eu/outro (Para Anzieu, 1989, Freud é precursor da noção da constituição do sujeito a partir do eu-pele, uma conjunção de envelopes - da pele, tátil, muscular, sonoro, ambiental - permitindo um esboço do psíquico, a possibilidade dele constituir-se e estruturar-se). O superego, “herdeiro do complexo de Édipo”, tem a função de conter o processo primário baseado no princípio do prazer (ver Freud, 1923a, capítulo III).

<sup>99</sup> Ao introduzir a noção de id, inconsciente originário, Freud desenvolve uma noção presente em Nietzsche e Groddeck (*O livro disso*), embora já mencionasse o psiquismo genuinamente inconsciente desde de “A interpretação dos sonhos” (1900).

<sup>100</sup> Na primeira concepção da angústia (1895/1915), ela é considerada como estado e intensidade afetiva não ligada decorrente da operação do recalque. O recalque dissociava os representantes psíquicos da pulsão, a representação e o afeto. Os representantes ideativos eram recalcados enquanto os afetivos só podiam ser reprimidos e reduzidos, sem sua tonalidade afetiva, à “montante de afeto”, fator quantitativo, a energia pulsional em sua dimensão menos elaborável. Além da repressão sem vestígios, outros destinos desse “montante” são seu reaparecimento com outra tonalidade afetiva ou a transformação em angústia (Freud, 1915c\*: 147 - o asterisco “\*” assinala que a citação refere-se às Edições Amorrortu, Buenos Aires, 1980).

<sup>101</sup> Enquanto Freud articulava esse desamparo com a pulsão de morte, os autores da matriz ferenciana privilegiaram o acolhimento ambiental na fase de dependência absoluta.

## 3.2 As posições oscilantes de Freud em relação ao trauma<sup>102</sup>

### 3.2.1 A primeira teoria do trauma: a teoria da sedução, do choque sexual/pré-sexual

Na segunda metade do século XIX predominava, inclusive na formação médica de Freud, a crença de que éramos basicamente produto de nossa constituição hereditária. Para Freud este permaneceu sendo um fator significativo na etiologia das neuroses e psicoses, mas não o único. Percebera que a influência da predisposição constitutiva podia ser modificada pelas experiências vividas. Foi nesse contexto que emergiu a noção freudiana de trauma que atravessou um percurso flutuante em sua obra: “um complexo movimento de reformulação e re-significação das primeiras hipóteses, de modo algum descartadas, no contexto das novas descobertas.” (Lejarraga, 1996: 7).

A noção de trauma sofreu transformações, mas nunca foi completamente abandonada na obra freudiana, sendo várias vezes mencionada e particularmente resgatada na terceira construção metapsicológica, a dos anos 20, cujas formulações serão desenvolvidas pela denominada matriz ferencziana. Presente desde o início, esta noção “longe de ser secundária ou de ter sido abandonada por Freud, constitui-se como o pano de fundo contra a qual é elaborada a teoria psicanalítica.” (Garcia-Roza, 1996, prefácio).

O conceito de trauma, apesar de ser, em muitos momentos, considerado como uma ferramenta antiga e de alguma forma ultrapassada na teorização freudiana, obedece a um longo percurso de desenvolvimento teórico, cheio de ‘idas e vindas’, o qual encontrará seu ápice nas formulações da segunda tópica, em textos fundamentais como ‘Além do princípio do prazer’ (1920) e ‘Inibição, sintoma e angústia’ (1926).” (Maia, 2003: 95 e 96).

Desde os trabalhos sobre a histeria até a virada dos anos 20 o traumático foi concebido por Freud sob o ponto de vista econômico: intensidades afetivas não descarregadas associadas a uma lembrança. No “Projeto” (1895), marco de sua concepção quantitativa, embora ainda pautado por uma terminologia neurofisiológica, prenuncia a concepção econômica do trauma de 1920, aproximando as noções de trauma e dor, ressaltando que em ambas o fator quantitativo é determinante e o qualitativo manifesta-se através dos afetos<sup>103</sup> (Lejarraga, 1996: 19).

<sup>102</sup> Pela importância do trauma na concepção clínica de Ferenczi, Balint e Winnicott, dedico um tópico para o percurso desse conceito na obra freudiana.

<sup>103</sup> Freud ressalta: “um lembrar não acompanhado de afeto é quase sempre totalmente ineficaz (...) o decurso do processo psíquico originário deve ser repetido com a maior vivacidade possível, colocado em *status nascenti*, e

É o fator quantitativo, a “soma de excitação” que torna a recordação traumática e patogênica (Freud, 1894\*: 61).<sup>104</sup> A descarga afetiva do método catártico era necessária uma vez que “a impressão tornou-se traumática justamente pelo excesso quantitativo (...) um excesso de excitação que não pode ser assimilado pela função associativa”. Através do poder liberador da palavra - a *talking cure* inaugurada por Anna O. - as lembranças traumáticas perdiam seu poder patogênico ao serem evocadas e integradas nas cadeias associativas. Uma vez que a representação patogênica emergia como cena, imagem visual, o trabalho consistia “em ir desgastando essa imagem pela sua tradução em palavras” (Lejarraga, 1996: 14 e 15).

Considerada como pré-psicanalítica - anterior ao advento da formulação da realidade psíquica, do complexo de Édipo (1897) e do inconsciente (1900) -, a primeira teoria freudiana do trauma corresponde à teoria da sedução e foi elaborada como hipótese etiológica da histeria<sup>105</sup> (Freud, 1893, 1894, 1895, 1986). O fator traumático gerador dos sintomas neuróticos eram as cenas de sedução de um adulto: “A histeria é conseqüência de um choque sexual/ pré-sexual.”<sup>106</sup> (Freud em carta a Fliess, de 15/10/1895, 1986).

Ao reafirmar o caráter sexual dos sintomas psíquicos, Freud imputava à precocidade da vivência sexual a condição para esta se tornar traumática. Através das vias associativas procurava chegar, na clínica, “até as primeiras cenas traumáticas, até os traços mnêmicos de experiências infantis muito precoces, de conteúdo sexual.” (Lejarraga, 1996: 12).

Fazendo uma analogia entre a histeria e a neurose traumática, Freud afirmava que os sintomas histéricos podiam ser gerados por acontecimentos que despertassem “afetos penosos de terror, angústia, vergonha ou dor psíquica”. O terror (*Schreck*), uma angústia sem mediação e/ou uma dor psíquica desmesurada, era a principal causa da neurose traumática: a vivência passiva do acontecimento traumático era decorrente da natureza do episódio, que impedia a reação motora ou verbal necessária para a descarga do afeto, reforçado pelo caráter surpreendente do evento. Na histeria era a tendência a dissociar, o estado psíquico “hipnóide”

depois ‘declarado’.” (1893\*: 32 - conforme assinalei na nota 100 da página anterior, este “\*” refere-se a citações retiradas das Edições Amorrortu, Buenos Aires, 1980).

<sup>104</sup> As cenas que se tornam traumáticas cumprem duas condições: “adequação determinante e força traumática suficiente.” (Lejarraga, 1996: 11, referindo-se a Freud, 1896). Essa intensidade de força é uma contraposição a posição de Breuer, em que qualquer evento trivial podia se transformar em traumático, devido aos “estados hipnóides”.

<sup>105</sup> O trauma refere-se a um excesso de excitação não descarregado. A sedução, à sexualidade que provem de um outro. A palavra que Freud emprega, traduzida como sedução, é *Verführung*. Conserva, em alemão, um sentido ativo: enganar, induzir ao erro, desviar, corromper, abusar. Uma inflexão do desejo da criança pelo adulto, um desvio ou desencaminhamento. Em francês a palavra ganha uma conotação passiva, de encantamento, atração, armadilha, encanto (Sabourin, 1988).

<sup>106</sup> Ferenczi vai aprofundar a concepção do choque sexual/pré-sexual, particularmente em “Confusão de línguas entre os adultos e a criança (a linguagem da ternura e a da paixão)” (1933), complexificando e ampliando a noção de choque da sexualidade para as múltiplas comunicações intrafamiliares (a “confusão de línguas”).

do paciente, que abria espaço para representações patogênicas separadas da consciência (1893\*: 31, 32 e 37).

O trauma psíquico era concebido em dois momentos. Primeiro, uma cena de sedução perversa por parte de um adulto diante da passividade do *infans*. Mas esta cena só se tornava traumática posteriormente, num segundo momento, quando o sujeito percebesse a conotação sexual de um episódio que vivera numa fase “pré-sexual”. Após a maturação sexual, a intensa excitação provocada pela recordação da cena de sedução traumática efetivava o trauma sexual infantil. A lembrança, despertada por elos da cadeia associativa, tornava o episódio traumático *a posteriori*.<sup>107</sup> “A lembrança desperta um afeto que a vivência no passado não havia despertado, porque a maturação da puberdade permite outra compreensão do acontecido.” A “idéia de posteridade [*nachträglich*], de significação ou re-significação de impressões de experiências passadas” torna-se “central na constituição do psiquismo” em Freud (Lejarraga, 1996: 7 e 11). É da articulação destes dois tempos enquanto efeito retardado que emerge o trauma, articulado assim ao recalque, às representações inconciliáveis para a consciência (Freud, 1894, 1895<sup>108</sup> e 1896).<sup>109</sup>

O trauma era, assim, proveniente de “um acontecimento vivido passivamente pelo sujeito, que ficava incrustado como um ‘corpo estranho’ no psiquismo.” (Lejarraga, 1996, 5). Freud afirma: “o trauma psíquico, ou sua lembrança, age como um corpo estranho que, até muito tempo depois de sua intrusão, deve ser considerado eficaz”, sendo que “o material psíquico patógeno conformava uma complexa organização que guardava relações com o restante do psiquismo.” (1893: último capítulo).

Assim, o elemento traumático deixava de ser o evento exterior para se transformar em sua lembrança, sua manifestação no psiquismo: “o histérico padece de reminiscências” (Freud, 1893\*: 32). A noção de “corpo estranho” assinala, em Freud, o início da

---

<sup>107</sup> “A cadeia associativa possui sempre mais de dois elos; as cenas traumáticas não formam nexos simples, (...), mas nexos ramificados, como uma árvore genealógica” (Freud, 1896\*: 196).

<sup>108</sup> No caso Emma, relatado no “Projeto”, Freud exemplifica o efeito retardado da lembrança traumática, a constituição do trauma em duas cenas, sendo a posterior invocadora da cena mais arcaica, provocando excitação sexual e angústia.

<sup>109</sup> Essa noção de posteridade [*nachträglich*], presente em 1893 e 1895, foi retomada no caso do “Homem dos lobos” (1918): “A idéia de posteridade indica que o sentido e a eficácia psíquica são conferidos ulteriormente, a *posteriori* ou *après coup*, a uma impressão de um acontecimento que, pela precocidade da vivência, não se integrou (...) não só indica o espaçamento temporal entre a vivência traumática e o efeito traumático, mas o movimento de outorgar sentido a uma cena pretérita a partir de uma cena posterior.” (Lejarraga, 1996: 24 e 25, nota 6). Como veremos, Ferenczi desenvolve esta idéia da constituição do trauma em dois tempos distintos, ampliando-a do sexual para a interação ambiental. Ver, a seguir, p. 90.

interiorização do agente externo causador do sintoma tornando-o um “exterior-interiorizado”.<sup>110</sup>

Freud complexifica a concepção de um “corpo estranho” passível de ser extirpado para conceber a “organização patogênica” como algo “infiltrado”, fundido. A articulação de séries traumáticas faz com que esse “infiltrado” tenha relações com diferentes camadas do psiquismo, não podendo mais ser visto como um elemento isolado. Ao tornar a noção de trauma mais abrangente, o “corpo estranho” converte-se numa rede de cadeias associativas. Esses nexos entrelaçados expressavam a concatenação entre seqüências traumáticas<sup>111</sup> e a sobre-determinação dos sintomas: “não esperemos, pois, encontrar uma única lembrança do trauma, e como seu nódulo só uma representação patógena, mas pelo contrário, séries inteiras de traumas parciais e concatenações de processos mentais patógenos.”<sup>112</sup> (Freud, 1893: 348).

Em 1897, com o descrédito das narrativas das pacientes histéricas, Freud abandonou provisoriamente a teoria do trauma, que se mostrara limitada. (“certamente, essas perversões tão generalizadas contra as crianças não sejam muito prováveis.”). Passou então a valorizar a realidade psíquica, uma forma de existência “que não se confunde com a realidade material”<sup>113</sup>, em detrimento da experiência vivida: “não há indicações de realidade no inconsciente, de modo que não se pode distinguir entre a verdade e a ficção que foram catexizadas pelo afeto.” (Freud, carta a Fliess, [21/09/1897] 1986: 265 e 266). Sentia que precisava abandonar a esperança de acessar completamente as vivências infantis inconscientes.<sup>114</sup>

A etiologia traumática, perdendo sua realidade objetiva e factual, abrandava o papel do meio ambiente e da dimensão vivencial, ressaltando os complexos intrapsíquicos, o papel da fantasia e a função do sonho na constituição dos sintomas e da vida psíquica.

“Toda a ênfase das formulações desloca-se do externo para o interno, da exterioridade do acontecimento para a interioridade das fantasias, substituindo-se a realidade objetiva da

---

<sup>110</sup> “É necessário ressaltar que, na teoria do trauma elaborada por Sándor Ferenczi, a idéia de corpo estranho nunca deixou de ter seu lugar e que poderíamos reinseri-la na versão de trauma forjada por Freud na segunda tópica, quando este é associado a algo de inassimilável ao campo psíquico das representações inconscientes.” (Maia, 2003:143, nota 3). A noção de “corpo estranho” de Freud antecipa de certa forma o desenvolvimento das noções de “cicatriz arquitraumática” em Ferenczi, de “falha básica” em Balint e de “falso *self*” em Winnicott, que expressam, nesses autores, a reação defensiva do sujeito diante da invasão ambiental. Ver, a seguir, pp. 89 e de 94 a 96 (Ferenczi), 103 e 104 (Balint) e 124 a 128 (Winnicott).

<sup>111</sup> “Freud descobre que as cenas traumáticas, cindidas da memória consciente, constituíam elas próprias cadeias associadas, embora não fossem lembradas.” (Lejarraga, 1996: 13).

<sup>112</sup> O trauma podia advir de um evento traumático único ou de vários “microtraumas acumulativos”, noção desenvolvida posteriormente por Masud Khan, em *Le soi caché*. Paris: Gallimard, 1974. Ver, a seguir, em relação a Ferenczi, p. 91, em relação a Winnicott, p.125.

<sup>113</sup> Freud, 1900\*: 607.

<sup>114</sup> Mais tarde descreverá esse período como “de desconcerto total” e de “perda de apoio na realidade” (1914b\*: 17).

cena de sedução traumática, pela realidade psíquica dos desejos e fantasias inconscientes.” (Lejarraga, 1996: 21).

Durante alguns anos a realidade psíquica das fantasias, a interpretação dos sonhos, os sentidos inconscientes das cadeias associativas e os desejos sexuais infantis vão dominar o cenário teórico e clínico da psicanálise, enquanto que o traumático e quantitativo foi relegado a um segundo plano.

Com a descoberta da sexualidade infantil, também perdeu força a noção de posteridade (*nachträglich*), que “permitia articular uma primeira situação, totalmente desprovida de sentido, a um momento posterior em que a mesma era integrada, compreendida e adquiria uma significação” (Lejarraga, 1996: 57).

No entanto, se Freud renuncia a teoria da sedução traumática não abandona as noções de trauma e de sedução. As teorias da sedução e do trauma, que entre 1892 e 1897 foram indissociáveis, têm cada uma o seu próprio percurso na obra freudiana. Por exemplo, os cuidados maternos, fonte de excitação sexual, são abordados nos “Três ensaios” (1905b) sem serem caracterizados pelos efeitos traumáticos. A sedução vai ser retomada articulada ao complexo de Édipo, elemento central nos primórdios da sexualidade, e não mais ao trauma. “A idéia de sedução amplia-se, na obra freudiana, passando do insustentável pai perverso da histérica, para a mãe, a primeira sedutora, que com seus imprescindíveis cuidados do *infans* em estado de desamparo, provoca nele as primeiras excitações sexuais.” (Lejarraga, 1996: 65, referindo-se a Freud, “Novas conferências”, XXXIII, “A feminilidade”, 1932).

O abandono da teoria da sedução traumática não foi substituída imediatamente por outra concepção etiológica: “essa evolução foi muito mais ambígua e complexa do que narram os historiadores oficiais da psicanálise”. A noção de realidade psíquica não significava o domínio absoluto do imaginário em substituição à realidade material. Freud não abandonou a investigação dos acontecimentos traumáticos exteriores, nem a busca de um fundamento objetivo para as fantasias e para o psiquismo. “O abandono da primeira teoria do trauma, que procurava em eventos reais, datáveis, a causa da neurose, não significa o abandono de todo realismo, já que, a procura de um real nas origens, será uma indagação constante na obra freudiana.” (Lejarraga, 1996: 20<sup>115</sup> e 24).

A ilusão de Freud - e sua frustração - foi tentar “tudo compreender da patologia mental pelo efeito direto do trauma” (Sabourin, 1988: 139). Descobriria depois que esses indícios emergem na e pela transferência. No caso Dora (1905a), afirmou que a teoria da sedução, ou

---

<sup>115</sup> Baseando-se em Laplanche e Pontalis, 1992: 37.

“etiologia paterna”, não era falsa, mas incompleta. Em 1924 (b), a partir de suas constatações clínicas, ressaltou que “a sedução conservou uma certa importância etiológica” (apud Sabourin, 1992: XIII). Apresentou então a etiologia das neuroses como o somatório das disposições à fixação da libido a partir de acontecimentos acidentais traumáticos. Recorrendo à embriologia, alertou que para um embrião em fase muito prematura, uma lesão ínfima acarretava grandes repercussões. Propunha-se a preencher lacunas, sabendo que os acontecimentos relatados eram “uma mistura de verdadeiro e de falso”. Superou a dicotomia entre realidade e fantasia, comparando-a com a questão: uma criança é “procriada pelo pai ou concebida pela mãe?” (Freud, 1913c, apud Sabourin, 1988: 132). Essa pergunta mostra quão absurda é “a questão do endógeno ou exógeno: a realidade psíquica não anula a experiência vivida e sua lembrança” (Sabourin, 1988: 132).

### 3.2.2 A segunda teoria do trauma: as impressões e marcas do excesso pulsional e o desamparo estrutural do ser humano

A noção de trauma ficou, por um período, restrita às neuroses traumáticas (como as neuroses de guerra) - sem mais referência à sedução. Ao invés de uma causa sexual tratava-se de uma experiência de terror e horror, uma ameaça ao eu proveniente do exterior caracterizada pela vivência do susto no limite entre a vida e a morte<sup>116</sup> (Freud, 1919). O traumático será, então, articulado à angústia originária, decorrente do desamparo (*Hilflosigkeit*) estrutural do ser humano (1926a).

Assim, é possível discernir em Freud uma segunda teoria do trauma, não sistematicamente acabada, mas campo fértil para futuros desenvolvimentos. O trauma reaparece na investigação freudiana da constituição subjetiva através das impressões, marcas não representacionais: um registro distinto das inscrições psíquicas baseadas em traços mnêmicos e na linguagem. “Enfim, o trauma ressurgiu como testemunha dos limites do campo representativo, apontando para o inassimilável, ponto de impasse da clínica e da teoria psicanalíticas.” (Lejarraga, 1996: capa, 2 e 3).

Nesta segunda teoria, “a noção de trauma não corresponderá mais ao recalcado, às reminiscências, mas ao pulsional que não se deixa aprisionar no mundo da representação.” (Lejarraga, 1996: 89). Mais consistentemente aparece o trauma enquanto um excesso

---

<sup>116</sup> A ruptura da proteção antiestímulo do aparelho anímico, é o fator decisivo no efeito traumático. Freud restabelece a teoria do choque (*Shock*) para as neuroses traumáticas, atualizando-a enquanto terror ou susto (*Schreck*), provocado pela “falta de preparação angustiada”. Os sonhos traumáticos, ao invés de realizações de desejos, seriam tentativas de ligar as excitações traumáticas através da repetição e da produção de angústia (Freud, 1920\*: 31).

pulsional não integrado produzindo impressões: marcas perceptivas intensas ou muito arcaicas, que não constituem lembranças.<sup>117</sup>

A noção de trauma ressurgiu “nas origens da angústia e do psiquismo”, provocando uma reformulação teórica necessária para dar conta dos casos clínicos nas fronteiras do analisável por se tratarem de “fenômenos que escapavam do espaço psíquico das representações.” (Lejarraga, 1996: 93). A elaboração da experiência traumática passa por permitir a emergência do sentido aprisionado nessas impressões e marcas associadas ao excesso de intensidades pulsionais e à angústia primordial, decorrente do desamparo estrutural do humano.

A força pulsional irrompe, ameaçando a unidade egóica, sem poder ser integrada numa trama de sentido. O traumático no pulsional é sua intensidade excessiva, inassimilável, uma força que não é absorvida no campo das representações provocando fenômenos avassaladores que contradizem o princípio do prazer e que podem inundar ou aniquilar. Junto da cena psíquica formam-se registros corporais que “reaparecem como uma presença intensiva, como num pesadelo ecmnésico.” (Lejarraga, 1996: 69).

“É interessante notar que o que decidirá se determinado acontecimento se constituirá como traumático ou não é a relação de forças que se estabelecerá entre aquilo que invade o psiquismo de forma abrupta e o *quantum* de reserva de energia com que este poderá contar para lidar com o fator desestabilizante.” (Maia, 2003: 101).

Freud distingue impressão (*Eindruck*, proveniente de *Druck*, pressão) de traço (*Spur*). Os traços mnêmicos são signos duráveis que são transcritos no sistema de significantes do inconsciente, constituindo um sistema de memórias. A impressão, noção “específica e imprescindível na teoria do trauma”, refere-se a “um momento primário da elaboração mnemônica”, quando os elementos não se articulam em cadeias associativas representacionais. São “marcas psíquicas originárias, a partir das quais se formam as redes de representações. (...) marcas prévias, não ligadas, da estruturação do inconsciente.” Signos de percepção que não formam redes significantes, mas assinalam a presença de um processo excitatório e não de representação: registros precoces, intensos que exigem a elaboração de

---

<sup>117</sup> O “paradigma da não representação da percepção traumatizante” é expresso pelas neuroses traumáticas: “o evento não é esquecido nem lembrado, mas se repete alucinatoriamente no sonho traumático.” (Lejarraga, 1996: 70, referindo-se a BOTELLA, C. e BOTELLA, S.. “Trauma e topique”, in: *Revue française de psychanalyse*, n. VI, t. LII. Paris: PUF, nov.-dez. 1988).

intensidades afetivas.<sup>118</sup> Podem ser considerados traços mnêmicos rudimentares: são duráveis, apesar de não evocáveis, aparecem “sempre em referência às primeiras marcas constitutivas do psiquismo, como os rastros das mais remotas experiências da infância.”<sup>119</sup> Constituem o registro de experiências precoces traumáticas, um rastro do acontecimento que desencadeia intensidades de excitação capazes de produzir efeitos psíquicos sem se inscreverem enquanto lembranças, nem como representações inconscientes. Uma primeira transcrição, uma forma de força (*Drang*) pulsional fazendo uma “exigência de trabalho” ao psiquismo. Não é uma simples “impressão sensorial” de um acontecimento pontual, nem corresponde a um processo cognitivo, mas “à marca do fluxo de excitações mobilizadas pelo processo perceptivo.”<sup>120</sup> (Lejarraga, 1996: 77 a 81<sup>121</sup>).

Assim como o acontecimento vivido não é constituído apenas da realidade exterior, “a impressão não é só registro do acontecimento, mas do processo energético ocorrido no próprio corpo.” (Lejarraga, 1996: 79). Se a percepção já é uma seleção e estruturação de dados registrados pelos órgãos sensoriais<sup>122</sup>, a impressão tampouco coincide com a percepção: o que é conservado enquanto impressão é o que foi transposto e não o evento objetivo. “As impressões são marcas de um processo energético, mas não poderiam trazer - ou produzir - a lembrança do acontecimento.” (Freud, 1915b\*: 117).

Desde os “Estudos sobre a histeria” (1893), Freud mostrava a conversão somática de sofrimentos psíquicos, quando “a dor ultrapassa as fronteiras do espaço físico e articula-se intimamente com o pulsional.” De origem tanto somática quanto psíquica, um registro psíquico acompanha uma sensação, manifestando “as intrincadas articulações entre o corpo orgânico e o corpo pulsional.” O fator quantitativo, responsável pelo inassimilável do trauma, resistente e heterogêneo às representações, já estava presente nessas primeiras formulações de Freud. Inicialmente, um “corpo estranho” fora das cadeias associativas, depois, um infiltrado, ramificado em cadeias de cenas traumáticas. O excesso de excitação ou afeto, seja por sua

<sup>118</sup> Nos textos “Lembranças encobridoras” (1899) e “Moisés e o monoteísmo” (1938) Freud aborda a questão da impressão.

<sup>119</sup> Freud vai dizer que “nos primeiros três ou quatro anos de vida se fixam as impressões e abrem caminho os modos de reação frente ao mundo externo, aos que nenhuma vivência posterior pode já tirar sua significação.” (1910b\*: 85).

<sup>120</sup> Na prática clínica, a “recorrência de imagens desconexas carregadas de angústia (...) constituem as formas de expressão, traduzíveis, mais próximas das impressões.” Nesse “primeiro grau de elaboração da impressão traumática” o registro se dá através de imagens das várias modalidades sensoriais (visual, auditiva, olfativa, tátil, gustativa): “é a possibilidade que o sujeito encontra de dar uma forma, que poderia ser evocada e transmitida, ao indizível da impressão traumática.” (Lejarraga, 1996: 81 e 82).

<sup>121</sup> Baseando-se em DAYAN, M.. “Freud et la trace”, in: *Topique Revue Freudienne*, n. 11-12. Paris: PUF, 1973, pp. 18 e 25.

<sup>122</sup> Há “uma cisão intransponível entre a realidade externa, o ‘em si’ do acontecimento, e o acontecimento percebido, a percepção do mundo exterior.” (carta a Fliess 52, de 06/12/1896, 1986).

frequência ou intensidade, provoca uma impressão perceptiva e impede “a constituição do traço mnêmico, a metamorfose da impressão perceptiva em inscrição de representações” (Lejarraga, 1996: 48 e 77).

Na virada dos anos 20 Freud retomou concepções do “Projeto” (1895), associando o psiquismo a um organismo vivo, e definindo o trauma “como a destruição do dispositivo protetor pelas excitações afluentes, a ruptura do limite do ‘organismo’ comparando com o mecanismo da dor.” (Lejarraga, 1996: 29). Ambos concebidos como provenientes da ruptura da proteção antiestímulo, sendo que a dor corresponderia a uma efração limitada do pára-excitações resultante de uma excitação orgânica, uma perturbação biológica ou um ferimento físico e o trauma, a uma efração extensa decorrente de um excesso de energia pulsional. O pulsional torna-se traumático quando sua intensidade não pode ser absorvida (Freud, 1926a\*:156).

A dor, ao provocar um sobre-investimento narcísico na região afetada age ligando o excesso de excitações, produzindo um “efeito de esvaziamento”, a cicatrização do ferimento. Ao contrário, a desorganização egóica produzida pelo trauma psíquico perdura mesmo com o desaparecimento do evento traumatizante (Freud, 1920\*: 33 e 1926a\*: 160). As “impressões traumáticas podem ser ligadas e incluídas nas redes de sentido” mas é “necessário um longo processo de ligação e elaboração para recobrar a coesão egóica ameaçada.” (Lejarraga, 1996: 46 e 47).

As imagens do sonho traumático, assim como as imagens traumáticas são rastros do episódio traumático e, ao mesmo tempo, uma primeira forma de ligação em direção à possibilidade de simbolização do vivido.<sup>123</sup> Portadoras de uma intensidade, essas imagens propiciam a emergência de um sentido primário, não ainda uma elaboração verbal, mas um movimento em direção a uma significação.

Nos anos 20, o foco da investigação freudiana voltou-se para as origens desconhecidas e inalcançáveis do psiquismo, para o arcaico (*Ur*<sup>124</sup>) no humano, as angústias primitivas, a irrupção pulsional excessiva e o fracasso da ligação via representação. A angústia passa a ser concebida como um sinal de perigo, remetendo a uma angústia anterior ou originária, resultante do desamparo estrutural do ser humano nascente, completamente dependente de

---

<sup>123</sup> Ferenczi vai aprofundar o trabalho sobre os sonhos traumáticos. Ver, a seguir, p. 149.

<sup>124</sup> Fundamento, suporte estrutural, antecedente temporal, ponto de emergência de um processo: “nesse momento primário, o eu que vive a experiência de angústia é um eu nascente, surgindo de um imperativo: viver. Um eu em processo de diferenciação psíquica, onde não há nenhuma possibilidade de se fazer qualquer distinção entre as instâncias, como talvez seja possível num momento de maior amadurecimento.” (Maia, 2003: 111).

outrem durante um longo período, devido ao estado de pré-maturação em que emerge.<sup>125</sup> Freud propõe a articulação entre a angústia originária e um trauma primordial (1926a).

“Freud considera que essas angústias primitivas seriam a reação, no plano dos afetos, a uma situação objetivamente vivida, a uma situação traumática. Assim, o trauma volta a ter, de alguma forma, o estatuto de causa, de origem – como na primeira teoria traumática - aludindo a idéia de um real como fundamento do psiquismo.” (Lejarraga, 1996: 51).

Com a conceituação de uma angústia originária decorrente do desamparo estrutural do ser humano nascente,

“a noção de trauma retoma o estatuto de termo constitutivo da etiologia das neuroses, ou mais propriamente, das origens do psiquismo. (...) o trauma primordial faz alusão à irrupção da energia pulsional num ser em estado de desamparo, num ser que está para advir enquanto aparelho psíquico e organização egóica.” (Lejarraga, 1996: 90).

O trauma primordial refere-se “à impossibilidade do *infans* canalizar e metabolizar as excitações internas sem auxílio externo”, sem um outro. Essa articulação entre os aspectos intrapsíquicos e intersubjetivos será a tônica das concepções de Ferenczi, Balint e Winnicott como veremos a seguir.

“O estado de desamparo é a situação traumática por excelência, já que o *infans* é impotente e incapaz por si só de realizar a ação específica para dar qualquer resposta adequada e evitar assim ser invadido pelo afluxo pulsional. (...) É só a partir do outro que o impacto pulsional pode ser metabolizado, tornando-se a ausência ou presença do outro a condição externa das perturbações energéticas internas.” (Lejarraga, 1996: 54, 55 e 61).

A sedução e o desamparo referem-se a desafios estruturais da condição humana, confrontos entre corpo e palavra, o ser e o outro. Em ambos, “o fator traumático consiste no incremento excessivo de excitações, propiciado por uma modalidade particular de relação com o outro.” (Lejarraga, 1996: 65 e 66).

Em 1917, Freud descrevera o nascimento como protótipo de sensações físicas correspondentes à angústia. Incremento de excitação e desprazer, sensações que denotam grave perigo (palpitações, opressão torácica, falta de ar): “a primeira angústia foi de natureza tóxica” (1917d\*: 361). Embora não tenha descartado totalmente o trauma do nascimento, Freud criticou Rank por querer referir à angústia do nascimento toda angústia posterior.

---

<sup>125</sup> Mais uma vez, a noção da dependência fundamental do sujeito humano em relação ao outro já estava presente no “Projeto” (1895), quando se refere ao cuidado necessário para aliviar o estado de tensão, o que só é possível graças à assistência de um outro semelhante.

Outras experiências de separação e castração, além do nascimento, podem ser traumáticas, geradoras de intensa angústia, uma vez que “nenhum conteúdo é traumatizante de por si. O que faz um acontecimento se tornar traumatizante, o que produz o terror, a experiência devastadora, é a ameaça à integração narcísica do sujeito”. A angústia de separação referia-se mais amplamente ao perigo de “ficar no estado de desamparo, psíquico e biológico, a mercê de suas necessidades e pulsões.” (Lejarraga, 1996: 56 e 84). Angústia frente ao perigo de um transbordamento pulsional, presente de diferentes formas no nascimento, no desmame, na defecação, no aprendizado do controle esfinteriano, na castração<sup>126</sup> (Freud, 1926a).

Freud reafirmou a importância do elemento traumático na origem da neurose e do aparelho psíquico: “Trata-se tão somente de definir o que se considera como traumático” (1937a, apud Sabourin, 1988: 143). Chega a postular “que nenhum sujeito escapa das vivências traumáticas da infância (...) reafirmando a etiologia traumática das neuroses.” (Lejarraga, 1996: 91<sup>127</sup>). Considera insensato o desprezo dos acontecimentos da infância:

“É o fator acidental, seqüela dos traumatismos prematuros, bem como a força das pulsões que constituem os dois fatores de etiologia das neuroses. (...) É insensato (*unsinnig*) pretender, como o fazem alguns, que se possa exercer a psicanálise sem procurar os acontecimentos do período infantil e sem levar em conta este último.” (Freud, 1939, apud Sabourin, 1988: 133 e 143).

Assim, Freud não abandonou a teoria do trauma, mas passou a levar em consideração tanto a realidade histórica quanto a fantasística, oscilando entre as duas teorias. Para Sabourin, ao negar o componente traumático na constituição da subjetividade, algumas correntes desenvolveram um idealismo psicanalítico que “renega a própria palavra de Freud num movimento de traição explícita de seus textos.” Neste contexto, “o tudo-fantasia se impôs, desde os anos vinte”, fazendo “do narcisismo do analista uma fonte de erro particularmente abundante”, suscitando os analisandos a destacarem aquilo que agradava ao analista e sua teoria (1988: 136, citando Ferenczi, 1924b).

“É através da relação transferencial que o insuportável pode ser posto em cena”. Ao atualizar na transferência as situações de desamparo infantil, permite-se um processo de representação de quantidades, de construção de formas e sentidos a partir do vazio de formas

<sup>126</sup> Freud menciona que Ferenczi já considerara a castração como uma nova forma de separação da mãe.

A angústia de castração tem como raízes essas angústias anteriores, mas é escolhida por Freud como pedra angular das neuroses. Ao contrário da primeira teoria, em que a angústia é consequência do recalque, agora o precede, sendo “o único motor dos processos defensivos que levam às neuroses.” Uma angústia que protege do perigo à integridade do sujeito (perda do órgão ou do amor), e não um perigo efetivamente vivido (1926<sup>a\*</sup>: 135).

<sup>127</sup> Referindo-se a Freud, 1938\*: 70 e 71 e 1940\*: 184 e 185.

e de sentidos, “enfim, que o terror traumático possa tornar-se motor de criação.”(Lejarraga, 1996: 96).

“O traumático se encontra na base dos processos psíquicos e não pode mais ser pensado somente em seus aspectos dessubjetivantes, devendo ser positivado: aquilo que deflagra no eu, ainda não estruturado por instâncias psíquicas diferenciadas, um processo de transformação e criação que desembocará nos diversos modos de subjetivação.” (Maia, 2003: 114).

A dimensão estruturante do trauma é de permitir a re-significação de impressões traumáticas pretéritas, ao “colocar o trauma em funcionamento uma vez mais” e, assim, “insistir nas experiências esquecidas” (Maia, 2003: 100, referindo-se a Freud, 1939). Freud não se aprofundou nos efeitos desestruturantes, de aniquilação do eu, vivenciados na experiência traumática. Fez apenas breves referências às neuroses traumáticas e pouco mencionou os traumas precoces. Ferenczi é quem, abordando os aspectos estruturantes e desestruturantes do trauma, aprofundou-se nessa dimensão desestruturante, envolvendo os efeitos da angústia na clivagem narcísica.

#### 4 INTERSUBJETIVIDADE E SOLIPSISMO NAS CORRENTES FUNDAMENTAIS DA PSICANÁLISE

Freud descreveu o percurso histórico-conceitual da psicanálise, mas manejou seus princípios fundadores alternadamente “não os tendo claramente distinguido em seu pensamento” (Bercherie, 1988: 10). Suas formulações metapsicológicas inspiraram os desenvolvimentos realizados pelas correntes fundamentais da psicanálise, com sistemas, linguagens conceituais e práticas clínicas específicas. Ao mesmo tempo em que tais proposições aprofundaram o conhecimento em determinadas direções, perderam a riqueza da pluralidade da formulação freudiana original: “cada modelo transporta, paralelamente à zona de visibilidade que abre, uma zona de sombra que funciona também como desconhecimento sistemático, quer dizer como organização defensiva específica.”<sup>128</sup> (Bercherie, 1984: 122).

Em sua *Geographie du champ psychanalytique* (1988), Paul Bercherie faz uma análise da estruturação conceitual, das modalidades técnicas, da filiação histórica e das perspectivas de quatro correntes fundamentais na psicanálise.<sup>129</sup> Refere-se às três grandes escolas: a kleiniana (inglesa), a psicologia do ego (americana) e a lacaniana (francesa) - nacionalidades que, por suas tradições culturais e filosóficas, propiciaram o campo cultural favorável para uma peculiar seleção e interpretação da obra freudiana - e menciona uma quarta corrente, que denomina de *nebulosa marginal*<sup>130</sup>, constituída por analistas com afinidades no pensamento e na prática clínica, mas que não se institucionalizou. Os autores “essenciais e originais” dessa corrente, que denomino de matriz ferencziana, são: Ferenczi, Balint, Winnicott, Fairbairn, Searles, Kohut.<sup>131</sup>

Em termos epistemológicos a escola lacaniana privilegia a teorização dedutiva, a conceituação abstrata e o desencadeamento lógico, já a matriz ferencziana recorre ao método indutivo, a partir do acolhimento da experiência vivida. Na prática clínica, “os marginais se esforçam para acolher ‘a criança no interior do paciente’ (...) os ortodoxos se colocam diante dele como os pais oniscientes, pedagogos ou extralúcidos, os lacanianos parecem

<sup>128</sup> Cada uma dessas correntes rejeita alguns conceitos freudianos fundamentais como “a pulsão de morte na psicologia do ego ou nos marginais, as funções de síntese do ego em Lacan, o objeto real ou a primeira tópica para o kleinismo” (Bercherie, 1988: 64).

<sup>129</sup> Bercherie integra uma perspectiva teórico-conceitual, histórica e epistemológica, com outra existencial, resultante de sua experiência enquanto analista e analisando (1984 e 1988).

<sup>130</sup> Qualitativo cunhado por Balint ([1968] 1993), que “define tanto a situação objetiva na organização institucional mundial da psicanálise como sua ideologia e seus valores” (Bercherie, 1988: 88).

<sup>131</sup> Como já disse, limitar-me-ei ao estudo de aspectos da obra de Ferenczi, Balint e Winnicott. Segundo Bercherie (1988: 92), Fairbairn aproxima-se da escola kleiniana e Kohut e Searles, da psicologia do ego. Outros autores de referência dessa corrente seriam: Lidz (próximo da psicologia do ego); N. Abraham e M. Torok (na esfera do pensamento lacaniano), Masud Khan e Marion Milner (discípulos de Winnicott).

freqüentemente não querer saber e nem fazer contato a não ser com o adulto no sujeito” (Bercherie, 1984: 117).<sup>132</sup>

Para Bercherie, a escola kleiniana e a psicologia do ego mantiveram fundamentalmente o modelo monádico do pensamento freudiano. Nelas, o indivíduo é abordado a partir da perspectiva do observador, como um ser basicamente isolado.<sup>133</sup> Ambas expressam uma “incapacidade de conceber a inscrição social e lingüística do sujeito humano, sempre secundária e subsidiária dentro dessas concepções” (Bercherie, 1988: 65).

Na tradição kleiniana, há uma supervalorização do papel da interpretação e de sua exatidão na condução do tratamento. A interpretação imediata do material trazido pelo paciente, contextualizando-o na situação transferencial, na relação direta com o analista, tende a estabelecer uma forte relação de dependência. O caráter originário e fundamentalmente interno do conflito e um certo desinteresse pela história real do sujeito e de sua configuração familiar, faz da “noção de fatores externos não diretamente perceptíveis e ao mesmo tempo intensamente ativos no interior da economia psíquica (...) um impensável radical do kleinismo” (Bercherie, 1984: 100). Seu referencial clínico é a melancolia e o superego, a instância privilegiada.

A concepção de tratamento da psicologia do ego está centrada no fortalecimento do ego, como instância adaptativa, tendo como referência a neurose obsessiva. Através da análise das resistências e defesas enfatiza as situações patogênicas infantis, o desenvolvimento de deformações estruturais e padrões de comportamento. O objetivo do tratamento seria “a expansão da área de controle e de síntese do ego”, através de *insights*. “Um processo afetivo sustenta certamente esse processo cognitivo: a identificação ao analista” (Bercherie, 1988: 73). Uma atitude diretiva, pedagógica e ativa do analista é justificada.<sup>134</sup>

Já a escola lacanianiana e a matriz ferencziana, romperam com o pensamento psicológico predominante no individualismo moderno, privilegiando as noções de alteridade e de relações objetais, partindo da perspectiva do sujeito. Ultrapassaram o monismo do modelo

---

<sup>132</sup> Bercherie relaciona outras polaridades: otimismo antropológico (psicologia do ego, marginais)/pessimismo (kleinianos, lacanianos); ênfase nos núcleos mais arcaicos, psicóticos (kleinianos, marginais)/no contexto da neurose edípica (psicologia do ego, lacanianos); foco nos conteúdos psíquicos (kleinianos, lacanianos)/nos continentes (psicologia do ego, marginais). (1984: 124).

<sup>133</sup> É conhecida a interpretação de que Klein, ao atender inúmeros filhos de colegas psicanalistas, acentuou sua inclinação teórica ao apontar a culpa do indivíduo (uma vez que sua condição sintomática decorria mais do *quantum* de pulsão de morte e das fantasias) e preservar o papel dos pais.

<sup>134</sup> “Nós assumimos diversas funções úteis para o paciente tornando-nos uma autoridade e um substituto de seus pais, um mestre e um educador (...) Certas neuroses persistem a tal ponto infantis que eles [os pacientes] só podem, mesmo na análise, ser tratados como crianças” (Freud, 1940, apud Bercherie, 1988: 61 e 62). Ferenczi propõe em “Análise de crianças com adultos” (1931), tratar os pacientes como crianças, num sentido oposto, não mais diretivo, mas acolhedor - com limites.

freudiano, desenvolvendo modelos interacionistas de inspiração sociológica (Lacan via lingüística e antropologia) ou biológica (a matriz ferencziana através da ecologia e da etologia). (Bercherie, 1984: 107).

A proposta lacaniana afasta-se radicalmente do monismo da metapsicologia freudiana, concebendo as relações como constituintes do sujeito: “o cerne da subjetividade se articula precisamente à pura alteridade (...) a linguagem se inscreve imediatamente no registro da alteridade e assim numa ordem terceira pré-existente ao sujeito e aonde esse vem se inscrever.” (Bercherie, 1984: 115). Esta escola tem o inconsciente da primeira tópica (o do recalque) como conceito fundamental, tendo a histórica como referência clínica.<sup>135</sup>

Lacan enfatiza o *sujeito suposto saber*: “o sujeito consciente se vê surpreendido porque sempre diz a mais ou a menos do que pensava e encontra-se com um dito, cujo sentido ele desconhecia, revelando que o inconsciente - estruturado como uma linguagem - contém um saber do qual o sujeito nada sabe.”<sup>136</sup> Este discurso “parece vir de um outro ao qual, inconscientemente, ia dirigido. (...) O analista aceita ser o suporte do Outro.” Sobre o lugar do analista, depositário de transferências, deve estar ausente enquanto desejo, limitando-se ao desejo de analisar.<sup>137</sup> Seu principal instrumento é o silêncio, “dando ocasião para que a demanda inconsciente se manifeste no discurso inesperado que logo aparece.” (Baremlitt, 1996: 70 e 71).

Além do silêncio, que ressaltam, e da palavra, que valorizam, os lacanianos agregam um terceiro instrumento: o corte da sessão pelo tempo lógico, ato interpretativo que mobiliza o analisante, único agente de seu próprio processo. Uma atitude afirmativamente antinormativa é uma das importantes contribuições da escola lacaniana para a clínica.<sup>138</sup> A noção de cura associa-se a uma mudança de posição do analisante em relação as suas resistências e ao seu desejo. Este sendo colocado em movimento altera a economia do gozo em relação ao sintoma.

---

<sup>135</sup> Bercherie não abarca a última parte do ensino de Lacan quando este desenvolve, a partir da pulsão de morte, a noção de gozo do sujeito priorizando a ordem do real, da angústia inominável e do desamparo estrutural do ser humano.

<sup>136</sup> O intervalo, o hiato é a estrutura mais fundamental das cadeias significantes, através da qual se pode vislumbrar o não-intencional no sujeito falante. O sujeito lacaniano é constituído por uma falta fundamental, estando “radicalmente desconectado de si mesmo”, pelo fato do sujeito falante e o do inconsciente “estarem irreversivelmente divididos” (Ogden, 1996: 26).

<sup>137</sup> “O analista deve funcionar no lugar do morto, suporte de transferências, oferecendo-se como objeto de transferência, suporte do sujeito-suposto-saber (e apenas suporte), não podendo desejar, enquanto desejar significar demandar (...) O desejo do analista é uma função, um lugar estrutural, igual e com o mesmo estatuto do sujeito-suposto-saber. (...) é o desejo de analisar, pura e exclusivamente.” (Baremlitt, 1996: 84).

<sup>138</sup> “É a idéia de aprender a lidar com o desejo. Deixá-lo falar e conhecê-lo; decifrar os fantasmas e possibilitar que o processo continue acontecendo livremente e não pretenda a ‘realização’. (...) não há nenhuma norma de como o sujeito deve ser empiricamente depois de estar curado.” (Baremlitt, 1996:86).

#### 4.1 A matriz ferencziana: a articulação entre Ferenczi, Balint e Winnicott

Ferenczi, Balint e Winnicott foram clínicos que se destacaram nas duas primeiras gerações de psicanalistas e cujas contribuições têm sido resgatadas na contemporaneidade. Ferenczi, um dos mais próximos interlocutores de Freud no período de reformulação teórica e clínica dos anos 1910, no interregno entre as duas tópicas. Balint, seu discípulo na sociedade húngara, além de guardião de sua obra, emigrou para Londres onde ficou amigo de Winnicott. Este, pediatra de formação, um dos fundadores do *Middle Group* na Sociedade Britânica. Há um caminho de transmissão ligando as noções fundamentais da matriz ferencziana, via Balint, aos desenvolvimentos posteriores de Winnicott.<sup>139</sup>

Estes autores revigoram e complexificam a conceituação de trauma e enfatizam a importância do ambiente no desenvolvimento potencial do ser humano. Destacando a necessidade de acolher o sofrimento psíquico, defrontando-se com os traumas e seus desmentidos, propõem o tato psicológico e a elasticidade da técnica, a criação de um ambiente facilitador que, propiciando a regressão necessária, permita a liberação de forças paralisadas na reação à invasão ambiental na infância, permitindo a progressão do processo maturativo.

Como Freud, priorizam a prática clínica - pautada pela intersubjetividade e pela afetividade - como o fundamento do saber psicanalítico. Suas teorias são formuladas como elaboração *a posteriori* da experiência clínica, gerando uma conceitualização não totalmente sistematizada, com um conjunto de hipóteses em aberto.

A matriz metapsicológica e clínica desses autores é um desenvolvimento das formulações freudianas do período em torno da problemática do narcisismo até a segunda tópica. Sua re-interpretação dos conceitos psicanalíticos fundamentais destaca os aspectos transicionais do psiquismo, envolvendo as transações entre a subjetividade, seu ambiente real e a história singular dessas para o sujeito (Bercherie, 1988: 92). Recorrem a formulações da escola kleiniana e da psicologia do ego e se aproximam de Lacan pela abertura à alteridade, ao mesmo tempo em que se diferenciam, ao privilegiarem o outro concreto.

Trazem uma concepção complexa e paradoxal da realidade psíquica e das relações interpessoais. A saúde psíquica é buscada na autenticidade do vivido e na espontaneidade do processo expressivo e não na força adaptativa do ego. Os níveis profundos do funcionamento subjetivo revelam permanente criatividade e capacidade empática, características essenciais

---

<sup>139</sup> Segundo o próprio Balint, ele, Winnicott, e outros como M. Little e M. Khan são analistas que “pertencem - não ao centro ‘clássico’ maciço, mas aos seus limites.” ([1968] 1993: 143). Ver a articulação e contextualização histórica entre Ferenczi, Balint e Winnicott, a seguir, no item I da parte III.

também à atividade do analista na compreensão da plasticidade do psiquismo e do caráter paradoxal da patologia (Bercherie, 1988).

Ferenczi, referência basilar dessa corrente, amplia a teoria freudiana do trauma de modo a abarcar a onipresença e a violência das comunicações inconscientes intrafamiliares, destacando as marcas da infância que impediram o desabrochar do desenvolvimento pessoal, buscando apreender “o conjunto das interações afetivas conscientes e inconscientes entre pais e filhos” (Bercherie, 1988: 89).

Encontramos as principais concepções da matriz ferencziana no conjunto de textos considerado como o testamento de Ferenczi enquanto terapeuta.<sup>140</sup> O foco, tanto teórico quanto clínico, está direcionado para a relação maternal originária, na qual as modalidades transicionais emergem com toda a sutileza e o poder de impregnação sobre o sujeito, desenvolvendo a investigação acerca da identificação primária (Bercherie, 1988: 91).

A partir da conceituação de narcisismo primário, definido por Freud como “impossível de conceber sem considerar os cuidados maternos”, percebem a necessidade de uma conceituação da interação maturativa<sup>141</sup> (Bercherie, 1988: 49). A subjetividade em sua singularidade é indissociável das relações objetais, numa dialética constante entre os aspectos intra-subjetivos e os inter-relacionais. Afirmam uma natureza humana enquanto potencial que depende do ambiente para ser desenvolvido, que só se realiza na intersubjetividade.

Um ambiente suficientemente bom, não invasivo, torna-se um fator fundamental na criação das condições necessárias para a emergência do sujeito. Partem do conceito de um desenvolvimento vital espontâneo, um processo maturativo e terapêutico endógeno e singular (não submetido a um padrão de normalidade). Nessa perspectiva, existe no ser humano um potencial para a saúde, desde que o ambiente forneça as condições necessárias e que não ocorram interferências traumáticas. Esse sujeito potencial pode ser impedido de desenvolver-se se não encontra o suporte adequado do ambiente - o que é comum.

A proposta terapêutica parte da construção, junto ao paciente, de um ambiente facilitador e de continente. Sob inspiração de Breuer e Freud, Ferenczi propôs a elasticidade técnica, resgatando uma atitude clínica dos primórdios da psicanálise: “aceitar ser guiado pelo paciente e pelo processo espontâneo que se dá no tratamento”<sup>142</sup> (Bercherie, 1984: 111). Ao fornecer ao sujeito a compreensão e o diálogo que lhe faltaram, há uma liberação sintomática e existencial, uma reparação simbólica vital das experiências traumáticas infantis, permitindo-o expressar-se

---

<sup>140</sup> *Psicanálise IV*, [1928-33] 1992.

<sup>141</sup> Balint vai propor a teoria do amor primário e o estado da mistura interpenetrante e harmoniosa com as substâncias primárias como concepção alternativa à do narcisismo primário (ver, a seguir, p.).

<sup>142</sup> Ver Ferenczi, [1928c] 1992b e a seguir, pp. 140 a 142.

sem dissimular suas emoções (particularmente as hostis). Quando “o paciente encontra acolhida, compreensão e retorno da dinâmica que porta, a integração existencial (...) torna-se enfim possível.” (Bercherie, 1988: 91).

Considerando que “o processo psicopatológico resulta de uma interrupção e de uma verdadeira distorção do desenvolvimento maturativo da subjetividade”, concebem o tratamento como um processo restitutivo, de onde emerge uma vitalidade e vigor genuínos, provenientes do contato com as próprias necessidades e desejos. A alteração técnica exigida pelos quadros clínicos sobre os quais se debruçaram torna o *setting*, com sua regularidade, confiabilidade e discricção tão ou mais importante que a interpretação. São céticos em relação à intrusão interpretativa e a focalização intelectual na prática clínica (Bercherie, 1984: 109).

O enquadre do tratamento (*setting*) deve transmitir a segurança necessária para proporcionar o continente e a sustentação (*holding*) que permitam ao paciente regredir à configuração traumática inicial, fornecendo-lhe o ambiente propício para a retomada do processo maturativo interrompido (Bercherie, 1984: 109). É na transferência, se o *setting* permitir, que será possibilitada a reparação da situação originária através do manejo e a provisão ambiental, qualidade dinâmica do *setting*, marcada por ausência de invasão, pela presença corporal sensível do analista e pela liberdade potencial de movimentos expressivos do paciente (Khan, 1993: 28).

O tratamento é concebido por Ferenczi, Balint e Winnicott como um dispositivo intersubjetivo, um percurso atravessado pelos personagens da cena analítica, através das mutações que se dão no campo da transferência. Nessa dinâmica intersubjetiva - que rompe com o ideal de neutralidade da ciência moderna - ressalta-se o papel da contra-transferência, mais como um instrumento do processo do que como uma dimensão a ser excluída. A escuta do analista torna-se menos neutra e mais participante, implicando-o mais pessoalmente. Sentimentos evocados no analista são tomados não apenas com material para sua própria análise pessoal, mas também como possível modo de ressonância de sentido, uma comunicação inconsciente acionada enquanto receptáculo e disposição. O analista é surpreendido pela percepção de uma ausência ou de uma presença portadora de um sentido.

Na parte III desta tese iremos percorrer a obra de Ferenczi, Balint e Winnicott. Partindo de uma contextualização histórica - particularmente de Ferenczi e Winnicott -, investigo suas concepções de *psicorporeidade* e intersubjetividade, enfocando o processo maturativo e o fenômeno traumático, para depois abordar suas concepções clínicas.

### PARTE III - FERENCZI, BALINT E WINNICOTT: A TRANSMISSÃO DE UMA MATRIZ TEÓRICO-CLÍNICA

#### 5 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA ENTRE OS AUTORES

Partindo da importância da experiência vivida e da perspectiva subjetiva na produção do conhecimento, uma breve contextualização histórica dos autores pode contribuir para uma melhor compreensão de suas teorias ajudando a explicitar como as questões que os instigaram fizeram sentido em suas trajetórias. Exponho sinteticamente os percursos de Ferenczi e Winnicott, autores que balizaram a realização desse trabalho, e assinalo como Balint fez, teórica e existencialmente, uma ponte entre eles.<sup>143</sup> Como diz Balint, os três são analistas que “pertencem, não ao centro ‘clássico’ maciço, mas aos seus limites.” ([1968] 1993: 143).

Sendo referência obrigatória na história da psicanálise, Ferenczi durante décadas permaneceu esquecido, não reconhecido e até denegado pelo movimento psicanalítico, apesar das palavras de Freud: “É impossível imaginar que a história de nossa ciência algum dia venha a esquecê-lo.” ([1933] 1994: 224 e 225).

Desde sua “retomada”, particularmente a partir dos anos 80, Ferenczi tem se revelado precursor e pioneiro em muitas frentes, o que mantém a atualidade de sua obra, assim como o interesse nos desenvolvimentos de algumas de suas concepções originais por Balint e Winnicott.

Segundo Sabourin<sup>144</sup>, as experiências técnicas de Ferenczi situam-no “à frente da escola húngara<sup>145</sup>, como pioneiro dos trabalhos americanos de Searles e Bateson<sup>146</sup>, dos trabalhos ingleses de Winnicott, e, na França, dos estudos de Nicolas Abraham e Maria Torok<sup>147</sup>, bem como de certas concepções de Lacan<sup>148</sup>.”<sup>149</sup> (1988: 219, notas minhas).

---

<sup>143</sup> Inicialmente por carência de material bibliográfico e posteriormente pela limitação temporal não tive condições de preparar um histórico de Balint.

<sup>144</sup> Estudioso de Ferenczi que participou do grupo de trabalho que traduziu sua obra para o francês.

<sup>145</sup> Da escola húngara, herança direta de Ferenczi, participavam na época: Michael Balint, Vilma Kovas (mãe de Alice Balint), Sigmund Pfeiffer, Sándor Radó, Géza Roheim (etnólogo), Imre Hermann, Ladislav Revesz, Robert Bak, Lázlo Révesz, Géza Dukesz, Mme. Robert Felszeghy, Edit Gyömrői, Lili Hajdu.

<sup>146</sup> A influência ferencziana atinge sua maior amplitude em Harold Searles, em *O esforço para enlouquecer o outro* (1965) e em Gregory Bateson, na conceituação do duplo vínculo.

<sup>147</sup> Nicolas Abraham e Maria Torok vão desenvolver a noção ferencziana do trauma: “É este elemento de realidade tão dolorosamente vivido, mas escapando por sua natureza indizível a qualquer luto, que imprimiu em todo o psiquismo uma modificação oculta” (Torok, *L’objet perdu-moi*, apud Sabourin, 1988: 212).

<sup>148</sup> O tempo lógico, p.ex., funciona como uma técnica ativa, a fim “de exacerbar as resistências inconscientes e obter, com esse efeito de surpresa, melhor relação entre linguagem e palavra.” (Sabourin, 1988: 211, nota 81). Lacan homenageia Ferenczi no semimário de 2/6/1954: “A história passada, vivida, do sujeito que procuramos

No contexto desse trabalho, Michael Balint emerge através de sua vida e obra como ponte de articulação e interligação histórica entre as inovações teóricas e técnicas de Sándor Ferenczi e os desenvolvimentos posteriores de Donald Winnicott. Eminentemente representante da escola psicanalítica húngara, começou a clinicar na década de 20 e dirigiu o Instituto de Budapeste entre 1931 e 1939. Fiel a Ferenczi, foi seu testamenteiro literário e quem transcreveu o *Diário clínico*<sup>150</sup> e toda a correspondência com Freud.<sup>151</sup> Muitos de seus conceitos “são em parte a continuação, a ilustração e o esclarecimento das descrições clínicas de Ferenczi.” (Sabourin, 1988: 208). Em vários artigos<sup>152</sup>, defendeu uma reavaliação crítica das “idéias desenvolvidas em Budapeste, sob a liderança de Ferenczi.”<sup>153</sup> (Balint, [1968] 1993: 124).

Emigrando depois para a Inglaterra, prosseguiu suas pesquisas na Clínica Tavistock. Em Londres conheceu Winnicott e tornou-se “um de seus colegas mais importantes e leais” (Kahr, 1997: 126). Proveniente da pediatria, a qual nunca abandonou, Winnicott formou-se na sociedade britânica, dividida entre as concepções de Anna Freud e Melanie Klein a partir de pesquisas que incluíam o período pré-verbal e outras formas de comunicação como o jogo e o desenho, aprofundando o conhecimento a respeito do desenvolvimento emocional na primeira infância.

Winnicott reconhece publicamente sua postura descuidada em relação às fontes de seu pensamento: “Não estou preocupado nem em ser original nem em citar outros autores e pensadores (nem mesmo Freud).”<sup>154</sup> (Winnicott, 1967<sup>155</sup>, apud Davis, 1982: 46). Apesar de

alcançar na nossa prática, somente podemos alcançar pela linguagem infantil no adulto (...) Ferenczi viu magistralmente essa questão.” (apud Sabourin, 1988: 215).

<sup>149</sup> Outro autor, Johannes Cremerius, estende a lista, ressaltando quão pouco foram reconhecidas as suas pesquisas: “Ferenczi se tornou para muitos a pedreira de onde extraem os materiais para seus ‘novos’ edifícios, às vezes sem indicar onde foram buscar seus achados (... tais como) Winnicott, Maller, Masud Khan, Spitz, Nacht, Kohut, Richman, Rosen, Moreno, Fairbairn, Guthrip” (apud Sabourin, 1988: 212).

<sup>150</sup> Balint escreve uma “Nota para um prefácio” ao *Diário clínico* de Ferenczi, em 1969, pouco antes de morrer.

<sup>151</sup> Judith Dupont, sobrinha de Balint, revela que as cartas de Freud estavam com Gizella (mulher de Ferenczi), enquanto que as de Ferenczi, com Anna (filha de Freud). Em 1947, Gizella reuniu os originais manuscritos deixando com Anna as fotocópias de toda a correspondência. Balint recebeu as cartas após a morte de Gizella e datilografou-as. Com sua morte ficaram com Enid Balint e desta passaram a Judith que se tornou a testamenteira literária de Ferenczi (*Coq Héron*, nº 85, apud Sabourin, 1988: 206).

<sup>152</sup> Ver: “The final goal of the psycho-analytic treatment” (1934), “Critical notes on the theory of the pregenital organization of the libido” (1935), “Early development states of the ego. Primary object-love” (1937), “Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis” (1948), “On love and hate” (1951), reunidos em Balint, Michael. *Primary love and psycho-analytic technique*. Londres: Hogarth Press, 1952.

<sup>153</sup> Na década de 1930, em Budapeste, passou-se a privilegiar a importância das relações objetais no lugar da teoria das pulsões e da libido ou da psicologia do ego, as duas correntes predominantes na época.

<sup>154</sup> “Não começarei por fazer um levantamento histórico e por mostrar o desenvolvimento de minhas idéias a partir de teorias de outras pessoas porque minha mente não trabalha deste modo. O que faço é juntar isto e aquilo, aqui e acolá, concentrando-me na experiência clínica, formando minhas próprias teorias e, então, depois de tudo, me interesso em descobrir de onde roubei o quê.” (Winnicott, [1945] 1993: 269).

sua extrema afinidade com o pensamento ferencziano, Masud Khan (1993) encontrou uma única referência explícita dele a Ferenczi (em *O Brincar e a realidade*, [1971] 1975, sobre “Análise de crianças com adultos”, 1931). Mas descobri uma outra que me parece fundamental, em “D.W.W. sobre D.W.W.”, texto onde aborda a relação de sua teoria com formulações anteriores: “Nunca sei o que obtive de dar uma olhada em Ferenczi, por exemplo, ou ver de passagem uma nota de rodapé de Freud.” (Winnicott, [1967] 1994: 440).

### 5.1 Ferenczi: ambiente familiar e cultural, formação médica

Sándor Ferenczi <sup>156</sup> nasceu em 1873.<sup>157</sup> Viveu num ambiente culturalmente rico, mas afetivamente difuso. Oitavo numa família de doze irmãos, seus pais eram extremamente reservados afetivamente: “os contatos físicos eram dos mais reduzidos, evitavam falar do corpo, do sexo, das emoções”.<sup>158</sup> A tentativa de consolidar o seu sentimento de identidade pessoal acompanhou-o a vida inteira. Perdeu seu pai cedo, aos 15 anos.<sup>159</sup> Tinha uma relação de grande ambivalência com sua mãe, com uma importante vertente amorosa.<sup>160</sup> Dessa atmosfera familiar talvez venha “sua sensibilidade à presença da criança no adulto e às misérias insuspeitadas” da infância<sup>161</sup> (Sabourin, 1988: 12).

Estudando medicina em Viena<sup>162</sup>, deparou-se com o artigo de Breuer e Freud em 1893, mas a princípio a explicação dos fenômenos histéricos e das psiconeuroses pelos traumatismos sexuais da infância pareceu-lhe inverossímil e artificial.<sup>163</sup>

<sup>155</sup> WINNICOTT, D.W.. “Clinical regression compared with defence organisation”, in: *Psychotherapy in the designed therapeutic milieu. International Psychiatry Clinics*, n. 5. Boston: Little, Brown & Co., 1968.

<sup>156</sup> Originalmente chamava-se Sándor (corresponde a Alexandre) Frankel. A família trocou o nome judeu (eram imigrantes poloneses) por um húngaro em 1879, num movimento de integração comum na época. Passa a assinar Ferenczi Sándor [Ferêntsi Chândor] à maneira húngara. Seu pai, Baruch Frankel (tornou-se Bernáth Ferenczi), era livreiro e editor, e junto com a mãe, estavam às voltas com as questões filosóficas, políticas e artísticas da época.

<sup>157</sup> Freud tinha dezessete anos e ingressava na medicina, Groddeck tinha sete, Jung nasceria dois anos depois.

<sup>158</sup> Sándor afirma que recebeu “pouquíssimo amor e demasiada severidade”, com poucas carícias e muito respeito aos pais (carta de Ferenczi a Groddeck, de 31/12/1921, apud Sabourin, 1988: 11).

<sup>159</sup> Segundo a irmã caçula, Sándor era seu predileto.

<sup>160</sup> Encontraria mais tarde, em Gizella Altschul, sua segunda esposa (um ano mais velha e com o mesmo nome de sua irmã) a compreensão afetiva que procurava. Casaram-se em 1919, no mesmo dia em que Geza Pálos, sua primeira esposa, morreu. Não teve filhos.

<sup>161</sup> Na história de Sándor, várias experiências deixaram marcas: “o rigor severo e sem calor de sua mãe, a doçura do pai (...); as brincadeiras sexuais com sua irmã Gizella e a ameaça de uma faca pela cozinheira, as brincadeiras homoeróticas com um colega mais velho” (Sabourin, 1988: 141).

Excelente aluno e tímido, ao deixar, “sem querer”, sua mãe encontrar uma lista de palavras obscenas, ficou marcado com sua reação: “Ao invés de ser ajudado e esclarecido, tive direito a um sermão moralizador. (...) Preservar as aparências, esconder os ‘maus hábitos’, isso era o mais importante.” (carta de Ferenczi a Groddeck, de 31/12/1921, apud Sabourin, 1988: 12).

<sup>162</sup> “Seus anos de estudo em Viena representaram sua primeira experiência de independência no mundo.” (Balint, 1991: VIII). Formou-se em 1894 e serviu no serviço militar austro-húngaro (quando escreveu o primeiro esboço

Voltando a Budapeste, Ferenczi estabeleceu-se como clínico geral e depois, neuropsiquiatra. A prática médica ativava seu interesse pela eficácia terapêutica. Questionava os pré-conceitos presentes no discurso médico: como o “Heráclito da psiquiatria húngara, ele aparece como um precursor da psiquiatria dinâmica, fazendo com que as certezas pré-estabelecidas se dissipem, e os prognósticos não sejam mais destinos.” (Lorin<sup>164</sup> apud Sabourin, 1988: 16 e 17).

Inconformado em “imaginar o futuro de um doente dito ‘incurável’”, questionava a recorrência em que uma primeira impressão fixava um diagnóstico, exercendo um efeito sugestivo sobre o doente e sobre o médico. Ao invés de uma causa etiológica única, propunha a busca de encadeamentos e sobre-determinações, lembrando que um foco único gera pontos cegos. (Sabourin, 1988: 20).

Estudando a patologia do meio médico-psiquiátrico, antecipa algumas de suas futuras pesquisas clínicas, renegando o comodismo que encontra entre seus pares: “procura fazer a análise dos próprios erros, de suas imperícias na prescrição, em que a intoxicação medicamentosa, às vezes socioprofissional, é também iatrogênica (criada pelo médico).” (Sabourin, 1988: 20, referindo-se a Ferenczi, 1903<sup>165</sup>). Propõe mudanças no exercício da medicina hospitalar, lembrando aos médicos das condições que um dia acharam que eram precárias.<sup>166</sup> Ferenczi traduz uma carta do Dr. Georges Dumas que expressa bem a sua busca:

“Se o médico aceita a idéia de que ainda tem muito a aprender e se resolve tomar conhecimento dos métodos novos que negligenciou e dos quais não tem a menor experiência, escolhe compreender que um médico deve permanecer um estudante por toda a vida, permanecendo ao mesmo tempo um membro honrado e respeitado do corpo médico.” (Georges Dumas<sup>167</sup> apud Sabourin, 1988: 27).

---

de *Thalassa*, 1924). Detalhe a comentar: morou com Sigmund Frankel, seu tio. Seu irmão preferido e companheiro de escaladas também se chamava Sigmund, como Freud. Aliás, tinham as iniciais comuns: S.F.

<sup>163</sup> Posteriormente vai interpretar: “Todos nós saímos da adolescência atulhados de uma multidão de representações sexuais recalçadas, e a reticência em face da discussão aberta da sexualidade é uma defesa contra sua irupção na consciência.” (Ferenczi, [1908 a] 1991: 21 e 22).

<sup>164</sup> LORIN, Claude. *Le Jeune Ferenczi 1899 – 1906*. Paris: Aubier, p.36.

<sup>165</sup> Artigo: “Bromismo e arsenismo”.

<sup>166</sup> “Ferenczi quer ser aquele que não esquece” (Sabourin, 1988: 24). Antecipando suas posições no seio movimento psicanalítico, afirma que “não há direito superior ao da verdade.” (Sabourin, 1988: 24, citando FERENCZI, Sándor. “Contribuição à organização do serviço hospitalar do médico assistente” (1903), apud Lorin, C., op. cit., p. 338). Na mesma direção, Winnicott vai propor que todo médico devia ter a experiência de ser paciente. Ver, a seguir, p. 78, nota 217.

<sup>167</sup> Carta de Georges Dumas traduzida por Ferenczi, apud Lorin, C., op. cit., p. 304. É a esse médico que Lacan dedica seu artigo: “Motifs du crime paranoïque: le crime des soeurs Papin”, publicado anexo a sua tese pela Ed. Seul.

Algumas de suas concepções sacudiram a psiquiatria húngara no início do século XX, enquanto outras, na psicanálise, “ainda hoje, colocam-no em posição de precursor incontestável”<sup>168</sup> (Sabourin, 1988: 1). Aborda a questão da bissexualidade dos pontos de vista biológico, psicológico, social e histórico (Ferenczi, 1906), sendo precursor da classificação psicanalítica do homo-erotismo e enfatizando a necessidade de um “espaço psíquico de reconhecimento.”<sup>169</sup> (Congresso de Weimar, [1911] 1992a).

Desde o período inicial, “de impregnação inconsciente da leitura de Freud”, Ferenczi já atenta para as disfunções orgânicas e psíquicas (Sabourin, 1988: 15). Em textos relativos à prática da neurologia, empenhava-se em distinguir as síndromes hipocondríacas e os distúrbios funcionais (depois denominados síndrome subjetiva dos traumatizados) do diagnóstico geral de neurastenia.<sup>170</sup> Em 1905, caracteriza “estados ditos orgânicos” que configuravam as doenças psicossomáticas (Sabourin, 1988: 15 e 19).

Influenciado pela teoria da evolução, afirma que “o passado deve ser considerado como a fonte original do nosso presente” (1900a<sup>171</sup>). Volta-se a “fenômenos psicológicos mal conhecidos” - posteriormente conhecidos como contra-transferência - considerando-os uma perlaboração inconsciente (1900b<sup>172</sup>): “a elaboração em mim mesmo do diagnóstico” (1902<sup>173</sup>). Vai aprofundar essa questão em “A técnica psicanalítica” ([1919a] 1992a). (Ferenczi, apud Sabourin, 1988: 18, 19 e 25).

Psiquiatra com conhecimentos de neurologia, das teorias evolucionistas e do método experimental, com certa elaboração de sua experiência infantil e interior, Ferenczi começou a estudar psicanálise através das técnicas de associação de idéias de Jung. Reparando “a omissão do passado”, “leu de ponta a ponta toda a literatura psicanalítica disponível na época.”<sup>174</sup> (Balint, 1991: IX). Aos 35 anos, tendo publicado artigos sobre a hipnose e a

---

<sup>168</sup> Em seus primeiros textos expõe uma concepção de consciência que não era de estado, mas de devir. Ao opor imagem e conceito, antecipou a formulação freudiana dos processos primário e secundário e ao teorizar a respeito da “divisão das funções do espírito”, anunciava a noção de clivagem psíquica. Em 1902, abordou também a transmissão de pensamentos, tema que Freud irá retomar em 1932, nas “Novas Conferências” (Sabourin, 1988:18).

Ferenczi achava que o saber dos antigos alquimistas recairia sobre o “terreno ainda não cultivado que é o da psicologia.” (Lorin, C., op. cit., pp. 72 e 73, apud Sabourin, 1988: 18).

<sup>169</sup> Em 1902, apresentou um caso clínico “onde aparece pela primeira vez o conceito de ‘sexualidade psíquica’” (Sabourin, 1988: 22).

<sup>170</sup> Ferenczi, “Os distúrbios nervosos devidos ao alcoolismo”.

<sup>171</sup> Nesse artigo, “Consciência e desenvolvimento”, apresenta o germe de sua teoria das origens, desenvolvida posteriormente em “Thalassa” ([1924 c] 1992 b), onde se aproxima mais de Lamarck que de Darwin, acentuando os caracteres adquiridos na interação com o ambiente.

<sup>172</sup> Artigo: “Dois erros de diagnóstico”.

<sup>173</sup> Citado por Lorin, C., op. cit., p. 19.

<sup>174</sup> Entusiasmado com as teorias de Freud, escreveria na página de rosto de seu volume da *Traumdeutung*: “‘Aere perrenius’, mais sólido que o bronze!” (apud Sabourin, 1988: 15). O livro só mobilizou-o em sua segunda leitura, sendo objeto de sua auto-análise.

paranóia e prestes fazer uma exposição sobre a psicanálise em Budapeste partiu para Viena, para conhecer Freud.<sup>175</sup>

### 5.1.1 Formação psicanalítica

As correspondências entre Ferenczi e Freud ao longo de 25 anos (entre 1908 e 1933, ano de sua morte), mostram os sentimentos conflituosos pelos quais passaram. Aluno dedicado, adotado por Freud como amigo<sup>176</sup>, Ferenczi foi “logo reconhecido como um mestre em potencial, mestre da prática da análise, empírico antes de ser especulativo, em busca de estratégias eficazes”<sup>177</sup> (Sabourin, 1988: 2). Nem substituto, nem dissidente de Freud, manteve-se apaixonado pela pesquisa clínica, sendo “a exceção entre os alunos e os amigos, o *enfant terrible* entre os selvagens da horda de irmãos, para ser designado, um dia, em 1929, como o ‘grão-vizir secreto’ de um Freud, sultão em sua própria causa.” (Sabourin, 1988: 1 e 2, referindo-se à carta de Freud de 13/12/1929).

Em 1909, convidados à Clark University de Worcester, Freud, Jung e Ferenczi vão juntos, de navio, para os EUA.<sup>178</sup> Nessa viagem começaram as divergências teóricas entre Freud e Jung, ao mesmo tempo em que Ferenczi estreitava seus laços com Freud.<sup>179</sup> Em 1910, Freud persuadiu-o a ser “o mestre-de-obras da Associação Internacional, seu

---

<sup>175</sup> No primeiro encontro, em 2/2/1908, Freud e Ferenczi “foram tomados de amor à primeira vista um pelo outro.” (Sabourin., 1988: 29). “Essa primeira visita foi sucedida por uma longa, íntima e até hoje imperturbada amizade” (Freud, [1923b] 1995: 299). A exposição de Ferenczi sobre a psicanálise na Hungria foi bem sucedida (“As neuroses à luz dos ensinamentos de Freud e a psicanálise”, [1908 a] 1991) e dois meses depois do primeiro encontro, no primeiro congresso internacional do movimento psicanalítico, em Salzburgo, Ferenczi apresenta um trabalho acerca dos erros de diagnóstico e da hipocrisia do homem civilizado (Ferenczi, [1908 b] 1991).

<sup>176</sup> “Freud, com efeito, tinha uma necessidade imperiosa de um amigo íntimo que estivesse à altura das suas especulações, e progressivamente Ferenczi terá sua vez.” (Sabourin, 1988: 35). Escreveu a Jung: “Ferenczi foi um bálsamo para mim. Novamente pude falar do mais importante e do mais íntimo; é de fato alguém em quem posso ter confiança absoluta”. Ao mesmo tempo percebia que Ferenczi tinha por ele “um misto de admiração tímida e de surda resistência” (*Correspondência Freud-Jung*, de 29/10/1910, apud Sabourin, 1988: 46). Próximo demais, Ferenczi nunca será aquele “outro eu”, como Fliess, nem o presidente indispensável ao movimento nos anos anteriores à primeira guerra, como Jung - que poderia estender a psicanálise em direção às instituições psiquiátricas internacionais, desvinculando-a de um grupo de intelectuais judeus. Jovem, Freud nunca teve a segurança de poder estabelecer uma relação recíproca, de igual para igual com ele. Trata-o “sempre como ‘Caro amigo’ mas nunca ‘Caro Sándor’”. Para ele, Ferenczi tornou-se “o próprio modelo do analista e do analisando que se tornou um ‘mestre incontestado’ mas sempre frágil” (Sabourin, 1988: 42 e 189). Ferenczi, por sua vez, admitiu a Groddeck: “o que eu queria era ser amado por Freud.” (apud Sabourin, 1988: 36).

<sup>177</sup> “Ele afirma a aventura humana contra a natureza humana. (...) sua compreensão da psicanálise é ascensional e não mágica.” (Lorin, op. cit., pp. 22 e 23, apud Sabourin, 1988: 16).

<sup>178</sup> O primeiro encontro entre Jung e Freud foi em 1907. Ferenczi torna-se uma testemunha privilegiada dessa relação.

<sup>179</sup> Freud pediu que lhe indicasse temas a discorrer e Ferenczi preparava-lhe um plano que depois desenvolvia. “Dessa maneira, ele participou da origem das *Cinco lições*.” (Freud, [1933] 1994: 223). Depois passaram várias férias juntos na Itália, gerando debates que desembocariam em artigos de ambos.

‘paladino’<sup>180</sup> (Sabourin, 1988: 2). Em 1913, Ferenczi escreve “O desenvolvimento do sentido da realidade e suas fases”<sup>181</sup> ([1913] 1992a), considerado por Balint “o primeiro artigo que se escreveu sobre o desenvolvimento do ego” (1992a: XI). No ano seguinte iniciou seu processo analítico com Freud, interrompido devido à convocação pelo exército e depois retomado de forma esparsa.<sup>182</sup>

Professor na universidade e líder na sociedade psicanalítica húngara<sup>183</sup>, preside a sociedade internacional de setembro de 1918 a outubro de 1919 - renunciando, devido ao isolamento da Hungria em decorrência da guerra, a favor de Ernest Jones. No congresso de Budapeste (1918) sua conferência insistindo no domínio da contra-transferência ([1919a] 1992a) “será chamada por Freud de ‘ouro puro da psicanálise’.” (Sabourin, 1988: 112, citando Freud, carta de 13/02/1919).

Em 1923, Freud publicou *O ego e o id*; Groddeck, *O livro do isso*; Rank, *O trauma do nascimento*; Ferenczi, *Thalassa*<sup>184</sup>. Em “Thalassa” ([1924c] 1993), Ferenczi utiliza a psicanálise para correlacionar as etapas da psique com as do organismo em desenvolvimento (o psique-soma e a onto-filogênese). Denomina seu campo de estudos de *bioanálise*, psicanálise das origens da vida, estendendo “a noção de inconsciente ao que seria um inconsciente biológico (...) uma biologia das profundidades”<sup>185</sup> (Sabourin, 1988: 91). Nas “Conclusões bioanalíticas” de “Thalassa”, Ferenczi vai “lançar a primeira pedra dos alicerces

---

<sup>180</sup> Ferenczi inicia o artigo “Sobre a história do movimento psicanalítico” com a nota: “Foi com a presente análise que o autor apresentou no II Congresso Psicanalítico em Nuremberg, a sua proposta de agrupar numa associação internacional todos os que praticam cientificamente a psicanálise.” ([1910] 1991: 145). E termina com outra: “O Congresso aceitou a proposta e o projeto, e a Associação Psicanalítica Internacional foi constituída.” ([1910] 1991: 154).

Excluindo-se da direção oficial, Freud permaneceu na articulação do movimento, promovendo, em prol de sua internacionalização, Jung e Ferenczi em detrimento dos vienenses. Mas as dissensões entre Jung e Abraham culminariam na ruptura do “príncipe herdeiro” em 1913. “Jung será demitido de sua função e da sua relação filial, ao passo que Ferenczi nunca deixará o diálogo, sustentando ao mesmo tempo esse desafio e os riscos subsequentes, mas guardando esse lugar na instituição da qual é co-fundador com Freud” (Sabourin, 1988: 43).

<sup>181</sup> Um dos textos clássicos do período que antecede sua análise com Freud, junto com “Transferência e introjeção”.

<sup>182</sup> Ferenczi vai se tratar periodicamente com Freud, uma vez a cada três, quatro ou cinco semanas.

<sup>183</sup> Criada em 1913, reunindo Rado, Hollos, Ignnotus e Lévy, “distinguiu-se por um acúmulo de capacidades, como não foram exibidas em combinação por nenhuma outra sociedade filial.” (Freud, [1923] 1995: 300).

<sup>184</sup> Ferenczi começou a formulá-la em 1914/15, enquanto traduzia para o húngaro os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), mas só publicou o livro em 1923. Utilizamos a data de 1924, por ser a que consta no volume III das obras completas (ver Dupont, 1993: XII).

<sup>185</sup> *Uterque*, em latim, quer dizer um e outro, cada um dos dois. Ao aprofundar-se nas relações entre o psiquê e o soma, afirma que “a análise ‘bio-analítica’ da função genital é não só importante no plano teórico, mas apropriada para aumentar o nosso poder terapêutico.” ([1925] 1993: 337).

Vai perceber que há uma condensação e um deslocamento orgânicos: “cada órgão possui uma personalidade particular, cada um é o teatro de uma representação de conflitos entre o ego e os interesses libidinosos” (Ferenczi, 1924c, apud Sabourin, 1988: 92). Neste jogo “certas partes do corpo (...) tornam-se representantes da pessoa toda e a cena onde todas as peripécias de sua própria tragédia são representadas e levadas à conciliação” (Ferenczi, [1931] 1992b: 76).

de uma nova ciência bioanalítica” ao tratar do “utraquismo”, dupla perspectiva a qual recorre para abordar o psico-orgânico ([1924c] 1993: 315).

No que se refere à medicina psico-orgânica o parceiro de Ferenczi foi Groddeck, outro *enfant terrible*<sup>186</sup> da psicanálise criticado por Freud por seu *furor sarandi* - estigmatizando a preocupação terapêutica na clínica. Tornou-se para Ferenczi, a partir de 1921, um interlocutor com quem compartilhava seu sofrimento com a incompreensão de Freud em relação a ele: “Devo confessar que me fez bem falar, pelo menos por uma vez, desses movimentos de ódio ao pai tão amado” (Ferenczi, carta a Groddeck, de 1922, apud Sabourin, 1988: 106).

Ferenczi denominava-o de “o corajoso precursor da psicanálise dos distúrbios orgânicos” ([1930] 1992b: 66). Juntos lançam as bases desse novo campo de conhecimento, a psicossomática, que se consolidaria nas décadas de 40 e 50.<sup>187</sup>

Groddeck distinguia duas transferências no discurso de Ferenczi: uma em relação a Freud, o “id masculino” e a “lógica do inconsciente”<sup>188</sup>, e outra em relação a ele, o “id feminino” e a “experiência psicossomática”<sup>189</sup> (Ferenczi-Groddeck, *Correspondência*, 11/12/1922, apud Sabourin, 1988: 102).

No 50o aniversário de Ferenczi, Freud chamou-o não de filho mais velho, como chamara Jung, mas de “irmão mais velho irrepreensível” entre os analistas, que depois de combater “um poderoso complexo fraterno, tornou-se (...) um professor bondoso e um promovedor de talentos jovens”. Considera suas conferências, “a melhor ‘Introduction to Psycho-analysis’ para aqueles que não estão familiarizados com ela.” (Freud, [1923b] 1995: 300). Elogia seus estudos de caso e comunicações clínicas pela grande acuidade de observação e a originalidade de seus ensaios, avançando sobre relações fundamentais da vida psíquica.<sup>190</sup> Ressalta o interesse médico de Ferenczi, que o faz partir do fato psíquico para tentar alcançar o fator somático.

---

<sup>186</sup> Ver Ferenczi como o “*enfant terrible*”, a seguir, p. 71.

<sup>187</sup> Ferenczi se diferencia de Groddeck, por não trabalhar “diretamente pelos métodos centrados no sintoma corporal”. “Para Groddeck, o sintoma somático resulta de uma psicodinâmica que não passa pelo aparelho mental; para ele, o id ignora toda a lógica lingüística, ele zomba da anatomia e da fisiologia e reencontra o desejo, (...) cada segmento corporal podendo exprimir o desejo do id.” Ele influenciou a psicossomática contemporânea, para a qual o sintoma encontra seu sentido num “vazio em relação a um vivido insimbolizável” (Sabourin, 1988: 108 e 186).

<sup>188</sup> Designa aqui a fórmula a que Lacan recorreria (Ferenczi-Groddeck, *Correspondência*, 11/12/1922, apud Sabourin, 1988: 102)

<sup>189</sup> Groddeck foi um amigo com quem Ferenczi compartilhou tanto as paixões da alma quanto os sofrimentos do corpo”. Ferenczi sofreu durante muitos anos uma série de distúrbios somáticos: angústia, insônia, sensibilidade ao frio, distúrbios cardíacos, uremia, antes de ser acometido pelo mal de Biermer. Em algum momento Groddeck prescreve-lhe umas “massagens psíquicas”, que lhe são eficazes (Sabourin, 1988: 101, 102 e 103). Ver Groddeck, 1992 (artigo: “A massagem” [1932]).

<sup>190</sup> Freud destaca: “Transferência e introjeção” (v. I), “Teoria da hipnose”, “Desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios” (1913, v. II), “Estudos sobre o Simbolismo”.

Mas ao longo da década de 20 a relação entre eles perdeu a proximidade que tinha: “Sem dúvida você se afastou de mim no decorrer desses anos passados. Mas não o bastante, espero, para que um movimento no sentido da criação de uma análise de oposição seja de temer por parte do meu paladino e grão-vizir secreto.” (carta de 13/12/1929, apud Sabourin, 1988: 162). Freud reafirma a esperança: “o mau humor que perturba a nossa relação não terá longa duração...” (carta de 20/1/1930, apud Sabourin, 1988: 183 e 184).

Ferenczi qualificou como insuficiente a análise de sua transferência negativa em relação a Freud<sup>191</sup> (carta a Freud, 17/01/1931). Criticava Freud por seu niilismo terapêutico, considerando os pacientes “material para se aprender”, pela “modificação do seu método terapêutico, ao tornar-se cada vez mais impessoal” e por sua dificuldade em lidar com a contra-transferência<sup>192</sup> ([1/5/1932], 1990: 154).

Freud confessou a Ferenczi que não sente “nenhum inconveniente” no fato de que “você tenha mais êxito do que eu na análise”. Reconheceu: “Estou saturado da análise como terapia, *fedup*, e quem melhor do que você poderia fazê-la...?” (carta de 11/1/1930, apud Sabourin, 1988: 183). E reafirmou nove dias depois: “Admito de bom grado que a minha paciência para com os neuróticos, na análise, está esgotada e que, na vida, tenho tendência a ser intolerante para com eles” (carta de 20/1/1930, apud Sabourin, 1988: 183 e 184).<sup>193</sup>

---

<sup>191</sup> “No começo, você era o meu mestre adorado e meu ideal inacessível por quem eu alimentava os bens conhecidos sentimentos misturados de aluno... As circunstâncias desfavoráveis não me permitiram levar ao fim minha análise. Lamento sobretudo que na análise você não tenha descoberto e levado à ab-reação em mim os sentimentos e fantasias negativos em parte transferidos” (carta de 17/1/1930, apud Sabourin, 1988: 183).

Freud em “Análise terminável e interminável” (1937), responde a “O problema do fim da análise” ([1928 b] 1992 b) de Ferenczi. Menciona então sua crítica, sem citá-lo:

“O homem que fora analisado tornou-se antagonista do analista e censurou-o por ter falhado em lhe proporcionar uma análise completa. O analista, dizia ele, devia ter sabido e levado em consideração o fato de que uma relação transferencial nunca pode ser puramente positiva; deveria ter concedido atenção à possibilidade de uma transferência negativa” ([1937]: 253).

<sup>192</sup> “Eu acho, de minha parte, que, a princípio, Freud acreditava realmente na análise, seguiu Breuer com entusiasmo, que se dedicou apaixonadamente, com devoção, à cura de neuróticos (ficando deitado no chão durante horas, se necessário, junto a uma pessoa em crise histérica). Mas deve ter ficado, primeiro abalado, depois desencantado com certas experiências, mais ou menos como Breuer no momento da recaída de sua paciente, e pelo problema da contratransferência que se abria diante dele como um abismo.” (Ferenczi, [1/5/1932] 1990: 130 e 131).

Depois de constatar que os pacientes histéricos mentiam-lhe, “Freud não gosta mais dos doentes”, particularmente de “tudo o que é ‘excessivamente anormal’”. “Desde esse choque, depois dessa decepção, dá menos importância ao trauma; a constituição começa a desempenhar o papel principal. (...) continua ainda intelectualmente ligado à análise, mas não emocionalmente; (...) seu método terapêutico, como sua teoria, fica cada vez mais impregnado pelo interesse da ordem, do caráter, da substituição de um mau superego por um melhor; ele se torna pedagógico.” (Ferenczi, [1/5/1932], 1990, apud Sabourin, 1988: 161).

<sup>193</sup> Já em 1908, Freud lhe expressara “uma certa indiferença para com seus pacientes” (Sabourin, 1988: 32, referindo à correspondência Freud-Ferenczi, de 27/10/1908).

A Kardiner, Freud revelaria depois: “os problemas terapêuticos não me interessam muito. Sou agora muito mais impaciente. Sofro um certo número de *handicapes* que me impedem ser um grande analista.” (*Mon analyse avec Freud*. Paris: Belfond, p. 103, apud Sabourin, 1988: 190).

Ao psiquiatra húngaro Hollos, Freud assume honestamente sua dificuldade com alguns pacientes:

Ferenczi, que se destaca enquanto clínico, jamais resignado no plano da técnica, proporciona uma assistência a seus pacientes “que Freud nem sempre estava em condições de sustentar” (Sabourin, 1992: XII):

“Não compartilho da sua opinião de que o processo de cura é um processo negligenciável ou sem importância (...) Também eu me sinto muitas vezes *fedup*, mas superei esse impulso e é com alegria que posso dizer-lhe que é justamente aí que toda uma série de questões se revela sob uma outra luz mais clara” (carta de 17/1/1930, apud Sabourin, 1988: 183).

A correspondência entre 1930 e 31 expõe as divergências em relação à presidência da IPA. Freud insistia que Ferenczi assumisse novamente, enquanto este se sentia ameaçado de ter de restringir sua dedicação à investigação clínica que vinha desenvolvendo desde 1928<sup>194</sup> (depois de um momento de crise e queda de produção entre 1925 e 1927).

Na celebração do 75o aniversário de Freud, Ferenczi apresentou "Análises de crianças com adultos" ([1931] 1992 b), estranhando ter sido escolhido como orador. Achava que os 25 anos “ao lado do mestre e sob sua direção” não justificavam por si só essa escolha. Supôs que cumpria também a função de rebater as recorrentes críticas em relação à intolerância e a ortodoxia de Freud, que não permitia o desenvolvimento de pensadores independentes. Lembrou que era “conhecido como um espírito inquieto”, tanto que no Congresso de Oxford (1929) haviam se referido a ele “como o *enfant terrible* da psicanálise.” Reconhecia que Freud sempre lhe dera opiniões francas, quando solicitado, não hesitando em acrescentar que o futuro poderia dar-lhe razão: “nem ele nem eu cogitamos de interromper a nossa colaboração por causa dessas diferenças relativas ao método e à teoria; mas no que diz respeito aos mais importantes princípios básicos da psicanálise, estamos perfeitamente de acordo.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 70).

Ferenczi já encontrava um ambiente hostil entre alguns de seus pares, que criticavam suas proposições técnicas e teóricas como fantasiosas ou originais demais. Freud também recriminava sua flexibilidade técnica, “sobretudo com pacientes tão difíceis que usam todas as oportunidades para dominar a situação, principalmente quando se trata de se vingar.” (Sabourin, 1988: 194). Alertou-o em relação à neocatarse, “não se deve correr o risco de

---

“Tive de confessar a mim mesmo (...) não gostar daqueles doentes; com efeito, eles me dão raiva, irrita-me ao senti-los tão longe de mim e de tudo o que é humano. Uma intolerância surpreendente que faz de mim um mau psiquiatra (...) Será minha atitude consequência de um posicionamento cada vez mais claro no sentido da primazia do intelecto, a expressão de minha hostilidade para com o id?” (outubro de 1928, em resposta ao recebimento de *Mês adieux à la Maison jaune*, obra precursora da anti-psiquiatria moderna, apud Sabourin, 1988: 162).

<sup>194</sup> Essas investigações que caracterizam o último período da obra de Ferenczi, entre 1928 e 1933, correspondem ao volume 4 de suas obras completas (1992 b) e ao *Diário clínico* ([1932] 1990).

enfrentar esse perigo”, e ironizou-o: “talvez eu tivesse que parar antes do beijo na minha técnica de afeição materna.”<sup>195</sup> (carta de 13/12/1931, apud Sabourin, 1988: 191).

As divergências entre os dois podem ser sintetizadas nas dimensões a conceder “à comoção psíquica na arte da cura” (Sabourin, 1988: 3). Enquanto a “transferência materna para o analista” é crucial nas investigações técnicas de Ferenczi - e um dos fundamentos da matriz ferencziana, particularmente nos desenvolvimentos de Balint e Winnicott -, ela se mantém como lugar de contradições muito nítidas em Freud, que permaneceu desconfortável em relação à idéia de sustentá-la.<sup>196</sup>

Para Ferenczi, a análise do ego e dos desenvolvimentos do caráter que predominava na prática analítica estava transformando o tratamento num processo que permitia “compreender o mais completamente possível a tópica, a dinâmica e a economia da formação dos sintomas”, mas deixando a impressão da relação analítica similar a uma relação pedagógica (Ferenczi, [1930] 1992b: 56).

Propondo a elasticidade da técnica e o recurso aos afetos transferenciais e contra-transferenciais, Ferenczi “procura sair do formalismo intelectual, dessa distância e dessa frieza que lhe parecem tão prejudiciais à ‘plena eficácia da análise’.” (Sabourin, 1988: 180, mencionando Lou Andreas Salomé<sup>197</sup>). Elizabeth Severn expõe que no tratamento psicanalítico com Ferenczi

“um método que, uma vez encontrado o traumatismo ou a causa específica da doença, não desdenha de ‘representar o papel de mãe’ (...), facilitando-lhe a total reprodução das emoções e da tonalidade afetiva próprias do período ou dos acontecimentos traumáticos, em condições diferentes e melhores. Isso exige mais tempo, mais paciência, isso exige sobretudo uma capacidade de emoção ou de

<sup>195</sup> Referia-se a Clara Thompson (caso D.M.). Ferenczi esclareceu que a paciente “‘obedecendo’ à minha passividade, permitia-se cada vez mais liberdades, e houve até uma ocasião em que me beijou.” Depois ela comentou então com um grupo de pacientes de outros analistas: “posso beijar o papai Ferenczi quantas vezes quiser.” A paciente começou a ridicularizar-se com seus comportamentos. “Foi somente a compreensão e a confissão da falta de naturalidade da minha passividade que a devolveu, por assim dizer, à vida real, a qual deve levar em conta as resistências sociais.” Nesse caso tornou-se evidente a repetição na transferência: o pai abusara-a sexualmente e a caluniara. Com a admissão do seu equívoco, sua atitude enquanto analista diferenciava-o do pai sádico, sedutor e caluniador ([7/12/1932], 1990: 33 e 34). Clara Thompson, que se tornaria uma representante da escola culturalista seguindo E. Fromm, Sullivan e K. Horney, testemunha: “insistindo na importância das atitudes reais do analista, Ferenczi levou seu interesse ao estudo da interação dos indivíduos uns sobre os outros.” (em *A psicanálise, sua evolução e seus desenvolvimentos* apud Sabourin, 1988: 210).

<sup>196</sup> “Não gosto de ser a mãe em uma transferência, isso sempre me surpreende e me choca um pouco.” (Freud, apud DOOLITTLE, Hilda. *Mon analyse avec Freud*. Paris: Belfond, p. 6, apud Sabourin, 1988: 190).

<sup>197</sup> SALOMÉ, Lou Andreas, *Lettre ouvert á Freud* (1931). Paris: Ed. Lieu Commum, 1983. “Ferenczi e Lou Andreas Salomé são os únicos analistas dessa época que não cederam”. Freud admirava-os “justamente por causa da independência e da liberdade” e por “suas posições de pioneiros e de seus desvios potenciais.” (Sabourin, 1988: 194 e 195).

‘doação’ por parte do analista - e se ele não for capaz de o fazer, não é um verdadeiro ‘médico da alma’.” (Severn<sup>198</sup>, apud Sabourin, 1988: 209).

Freud afastou-se de Ferenczi em 1931-32, considerando-o um promotor de transbordamentos de afeto maternal que poderiam ser nocivos para os iniciantes na psicanálise. Acusava-o do “apadrinhamento técnico de toda a transgressão passada, presente e futura”, tornando-se duramente crítico em relação às pesquisas dos aspectos clínicos da regressão (Sabourin, 1988: 194). Ressaltava os riscos que Ferenczi corria muito mais que as possibilidades de desenvolvimento da técnica e da teoria psicanalítica.

Depois que sua conferência sobre a “Confusão de línguas” (em 1932 no Congresso de Wiesbaden, [1933] 1992 b) não foi bem recebida por Freud e gerou reações tanto de entusiasmo como de rejeição entre seus colegas, Ferenczi resolve não publicar o seu *Diário clínico*, nem as notas e fragmentos dos últimos anos com receio da acolhida que receberiam. Sua doença alastrou-se e anunciou a recusa definitiva a presidir a I.P.A.:

“na medida em que eu me esforçava para dar um aspecto mais profundo e mais eficaz às minhas análises fui levado por um caminho incontestavelmente crítico e autocrítico, que em uma certa medida parece criar a necessidade não somente de complementos, mas também de uma correção do nosso pensamento prático e, às vezes, também teórico” (Ferenczi, carta a Freud de 2/8/1932, apud Sabourin, 1988: 156).

O mais doloroso era Freud não reconhecer e valorizar suas pesquisas, o que também o impediu de ouvir algumas críticas fundamentadas. Para Balint, Ferenczi acabou reconhecendo que aprofundara demais a dependência de seus pacientes, tornando-se também onipotente, exatamente o que queria evitar: “admitiu que, de certo modo, tinha fracassado, mas acrescentou que havia aprendido muita coisa, e talvez outros pudessem se beneficiar com seu fracasso, se compreendessem que a tarefa, da forma como tinha tentado resolvê-la, era insolúvel.” (Balint, [1968] 1993: 103 e 104).

Mas acreditava que suas investigações levariam a progressos na técnica psicanalítica: “a finalidade terapêutica para Ferenczi justifica toda uma pesquisa de meios estratégicos, sem se preocupar com uma psicanálise ideal. Ele assume todos os riscos, inclusive o de não ser compreendido.” (Sabourin, 1988: 194, nota 40).

Demorou a perceber que a melhora de alguns dos seus pacientes estava atrelada a satisfação de seus anseios, compreensão que só alcançou em fins de 1932 e início de 1933,

---

<sup>198</sup> SEVERN, Elizabeth. *The discovery of the self - a study of psychological cure*. Londres: Ride & Co., Paternoster House, s/d. Ela foi aluna e analisanda de Ferenczi (caso R.N.).

quando precisou suspender a sua clínica por sua debilidade física. Admitindo que cometera alguns enganos e excessos acreditava que ao retomar suas investigações consolidaria suas contribuições. Seu otimismo inveterado representava uma recusa absoluta em renunciar à esperança.<sup>199</sup>

Em suas “Notas e fragmentos” ([Artigos póstumos 1992b]) ainda registrou desenvolvimentos esperançosos, complicações, sobre-determinações inesperadas, explicitando que “os resultados são diretamente determinados pelo desenvolvimento da situação terapêutica.” Infelizmente “Ferenczi morreu antes de terminar seus últimos experimentos.” (Balint, [1968] 1993: 105 e 117).

Balint que o acompanhou de perto conclui: “Abrem-se grandes horizontes; pode-se penetrar em profundezas inesperadas da mente e em inesperadas potencialidades da relação humana; e então, no fim, algo escapa entre nossos dedos e continuamos intrigados mas desapontados.” (Balint, [1968] 1993: 103 e 104).

Com seu falecimento alguns pacientes reagiram com desespero ou ressentimento e houve uma deterioração de seus estados. Parecia que suas experiências técnicas “havam demonstrado ser um erro atender aos anseios de um paciente regressivo” (Balint, [1968] 1993: 124). Como veremos, a partir desse estágio da investigação ferencziana, Balint vai desenvolver seu trabalho com pacientes regressivos diferenciando a regressão “benigna” (demanda por reconhecimento) da “maligna” (por gratificação de anseios).<sup>200</sup>

Apesar dos desencontros entre os dois, Freud procurara minorar o isolamento de Ferenczi. Há tempos convivendo com a proximidade da própria morte<sup>201</sup>, não contava que seria ele a escrever a nota necrológica de Ferenczi. Nela ressaltou “sua versatilidade, sua originalidade e a riqueza de seu talento”, reconhecendo “o sentimento de um vínculo comum seguro que se desenvolveu” entre eles, depois “de tantas experiências compartilhadas”. Destacou *Thalassa*, entre suas obras, ressaltando ser “provável que um dia, no futuro, haverá realmente uma ‘bio-análise’, conforme profetizou Ferenczi” e que era “impossível imaginar que a história de nossa ciência algum dia venha a esquecê-lo.” Por outro lado, obscureceu a importância dos seus últimos textos ao dizer que até 1923 “já havia publicado a maior parte dos seus trabalhos, que tornaram todos os analistas seus discípulos.” ([1933] 1994: 223, 224 e 225).

<sup>199</sup> Ferenczi foi descrito “como um fragmento de vida em estado puro, (...) interessando-se por tudo com igual intensidade, pronto para todas as experiências.” Mas, para outros, “esse extravasamento vital tinha um perfume de desespero e morte.” (Nota dos tradutores franceses a Ferenczi, 1991: XI).

<sup>200</sup> Ver, a seguir, pp. 131 e de 163 a 169.

<sup>201</sup> “(...) não gostaria que outra pessoa que não você pronunciasse o meu epílogo” (carta de Freud a Ferenczi de 5/7/1930, apud Sabourin, 1988: 162).

“Depois desse apogeu de realização, sucedeu que nosso amigo lentamente se afastou de nós. (...) um só problema vinha monopolizando seu interesse. Nele, a necessidade de curar e de ajudar havia-se tornado soberana. (...) De fontes inesgotáveis de emoção, brotara nele a convicção de que se podia efetuar muito mais com os pacientes, se lhes desse todo aquele amor que tinham desejado profundamente quando crianças. Ele queria descobrir o modo como isto podia ser realizado, dentro do quadro referencial da situação psicanalítica; e como não o conseguisse mantinha-se afastado”<sup>202</sup> (Freud, [1933] 1994: 224 e 225).

Com sua morte, Ferenczi deixou a comunidade psicanalítica dividida a seu respeito - logo ele que tentou até o fim evitar a ruptura entre europeus e americanos. Logo depois, Jones escreveu a Eitingon (ambos tendo recusado a publicação de “Confusão de línguas”): “o único consolo é a amarga verdade de que um acontecimento não ameaça mais provocar uma explosão no próprio movimento internacional.”<sup>203</sup> (citado por Masson<sup>204</sup> apud Sabourin, 1988: 203).

“Somente psicanalistas como Hermann, Balint e Granoff souberam, a seu tempo, retificar essa interpretação tendenciosa de Jones e dar a Ferenczi o lugar do fundador que lhe compete ao lado de Freud, em todos os domínios delicados onde a psicanálise ainda hoje é questionada. (...) Ferenczi foi designado por Jones como o bobo de Freud. Após ter sido o íntimo ‘paladino’ de Freud e seu ‘grão-vizir’ demasiado ‘secreto’ durante 20 anos, tornou-se, a despeito de si mesmo, vítima de sua criatividade e de seu estilo, a cabeça de turco de todos os conformismos pós-freudianos.” (Sabourin, 1992: VIII).

Além da tradução e publicação das obras completas de Ferenczi terem sido em muito postergadas, também ficou durante muito tempo interdita a correspondência entre Freud e Ferenczi - que ajuda na compreensão do seu *Diário clínico* e também, do período de consolidação da psicanálise. Os artigos da última fase (1928-33) só foram traduzidos para o inglês em 1955, em *Final Contributions*. Assim, o período mais importante das experiências

<sup>202</sup> Anos mais tarde Freud lembraria que “um mestre da análise como Ferenczi veio a dedicar os últimos anos de sua vida a experimentos terapêuticos, os quais, infelizmente, se mostraram vãos.” ([1937]: 262 e 263).

<sup>203</sup> Ernest Jones insistia em detrá-lo, desautorizando suas investigações e reformulações clínicas e teóricas. Alegava que no período final de sua vida, Ferenczi teria desenvolvido manifestações psicóticas, afastando-se das doutrinas de Freud. Ironizava seu estado de saúde lembrando sua pretensa “hipocondria” (constatou-se que Ferenczi sofria de uma síndrome neuro-anêmica, o mal de Biermer - doença dolorosa e virtualmente incurável antes da descoberta da vitamina B12 - falecendo de uma complicação dessa doença, a mielite ascendente). Ver Lorand, Sándor. “Sándor Ferenczi, 1897-1933, Pionnier des pionniers”, in: *Psychoanalytic-pioneers*. Londres: Basic Books, 1960.

Depois da publicação do volume 3 da biografia de Freud por Jones, Balint dirigiu-se ao editor, afirmando que Ferenczi “apesar de sua decadência progressiva, se manteve psiquicamente muito bem (...). Vi-o no domingo antes de sua morte e, mesmo então, apesar das dores intensas e da ataxia, ele estava sempre em perfeito estado mental.” Reconhecia a existência de seus traços neuróticos (como em cada um de nós) e sua “necessidade anormal e comovente de ser amado e apreciado”. Jones respondeu a Balint, dizendo que ele podia ter se enganado, e que os últimos trabalhos de Ferenczi “foram induzidos por fatores subjetivos.” (in *Coq Héron*, nº 75 e *Int. Journal of Psy.* 1958, XXXIX, p. 98, apud Sabourin, 1988: 196 e 197).

<sup>204</sup> MASSON, Jeff. *The assault ou thuth: Freud's supression on the seductions's theory*. USA, 1983.

técnicas de Ferenczi permaneceu, por muitos anos, o menos conhecido.<sup>205</sup> Para compreender Ferenczi é necessário desligar-nos do pós-freudismo ortodoxo que lhe impôs uma interdição, quase o condenando à inexistência, e voltar-nos a seus escritos.

## 5.2 Winnicott: ambiente familiar e cultural, formação médica

Donald Winnicott nasceu em 1896 numa família da abastada classe média de Plymouth - distante de Londres física e culturalmente. “Era um filho único com múltiplas mães”<sup>206</sup> e com um pai ausente<sup>207</sup>, em seus primeiros anos, moravam numa casa ampla, com vasta área externa.<sup>208</sup> Profundamente otimista, demorou um longo tempo para libertar-se da família e estabelecer uma vida autônoma.

“É indiscutível que, desde seus primeiros anos, Donald Winnicott não teve dúvidas de que era amado e experienciou, no lar dos Winnicott, uma segurança que podia tomar como evidente. Num lar deste tamanho, havia uma abundância de oportunidades para muitos tipos de relacionamentos e campo de ação para que as inevitáveis tensões fossem isoladas e solucionadas dentro do arcabouço total.”<sup>209</sup> (Winnicott, C., 1994: 5).

Menciona um episódio aos três anos: irritado porque o pai dizia que uma das bonecas de suas irmãs era apaixonada por ele, um dia amassou o nariz dela e o pai remodelou-o. Ficou marcado por “esta demonstração inicial do ato restitutivo e reparador” que o permitiu aceitar que fora violento com a boneca e, indiretamente, com o pai, que “se achava lá, para matar e ser morto” (Winnicott, “Notas autobiográficas”, apud Winnicott, C., 1994: 6).

“É preciso conhecer estes fatos comuns para avaliar-se o que o levou a dedicar-se ao tipo de trabalho clínico que escolheu e a qualidade da sua imensa paciência e equilibrada tranquilidade somática. Tudo nele tinha um sentido de mutualidade, que tanto envolvia sofrimento como comicidade.”<sup>210</sup> (Khan, 1993: 41).

<sup>205</sup> No Brasil essa última parte da obra ferencziana só foi publicada em sua íntegra a partir de 1990.

<sup>206</sup> Além da mãe e de duas irmãs, cinco e seis anos mais velhas, tinha uma babá, a quem era muito ligado, e uma governanta. Segundo Clare, o esforço de sua mãe e irmãs para não mimá-lo, “privou-o de uma certa intimidade e proximidade de que necessitava.” (Winnicott, C., 1994: 5).

<sup>207</sup> Seu pai, Sir Frederick, duas vezes prefeito da cidade, ficava extremamente preocupado com assuntos da cidade e de negócios.” (Winnicott, “Notas autobiográficas”, apud Winnicott, Clare, 1994: 5).

<sup>208</sup> Com jardim, horta, pomar, açude, campo de tênis e de críquete. Winnicott pôde “encher esses espaços com seus próprios fragmentos e, dessa maneira, gradualmente tornar próprio o seu mundo.” (Winnicott, C., 1994: 5). Tinha cinco primos como vizinhos, de modo que não faltavam espaço e companheiros de brincadeira.

<sup>209</sup> Clare reconhece que o relato do começo da vida de Winnicott “soa bom demais para ser verídico.” Mas acredita realmente que “ele era uma pessoa profundamente feliz, cuja capacidade de sentir prazer nunca deixou de triunfar sobre os reveses e desapontamentos que lhe surgiram no caminho.” (Winnicott, C., 1994: 7).

<sup>210</sup> Aos treze anos foi enviado para o internato na Escola Leys, em Cambridge. Ficava triste ao se despedir da família, até que o trem entrava num longo túnel na saída de Plymouth. Depois deste, deixava-os atrás de si e

Aos 16 anos, marcado pela vivência dos cuidados hospitalares ao quebrar uma clavícula, resolveu ser médico para manter certa autonomia sobre sua saúde.<sup>211</sup> Foi impactado fortemente pela leitura da *Origem das espécies* de Darwin: “mostrava ser possível examinar cientificamente os seres vivos com o corolário de que as lacunas no conhecimento e na compreensão não necessitavam me assustar.” (Winnicott, 1945<sup>212</sup>, apud Davis, 1982: 25).

A Primeira Guerra fez com que, em seu primeiro ano de medicina, ajudasse nos hospitais militares, improvisados nos colégios de Cambridge.<sup>213</sup> A perda de muitos amigos íntimos logo no início da guerra trouxe-lhe um profundo pesar, mas deixou também um sentimento a valorização da vida.<sup>214</sup>

Após a guerra continuou sua formação médica no St. Bartholomew’s Hospital, em Londres, onde aprendeu “a importância de anotar cuidadosamente a anamnese e escutar o que o paciente lhe dizia, em vez de simplesmente formular perguntas.” (Winnicott, C., 1994: 9).<sup>215</sup> Um abscesso no pulmão fez com que ficasse internado três meses nesse hospital. Reforçou sua convicção de que o médico deveria se colocar no lugar de paciente.<sup>216</sup> Formado, permaneceu por mais um ano nesse hospital, começando a acumular sua vasta experiência clínica.

Em 1923, estabeleceu-se como consultor em medicina infantil<sup>217</sup> em sua clínica particular, no Queen Elizabeth’s Hospital for Children e no Paddington Green Hospital (onde

começava a pensar no que o aguardava, abençoando o túnel por permitir esta transição. De grande vitalidade estava sempre em atividade. Atleta, corria, andava de bicicleta, jogava *rugby*. Fez parte dos escoteiros e do coro, lia histórias para os colegas em seu dormitório. Era bom aluno – embora durante um ano, resolveu fazer uma enorme confusão nos cadernos e péssimas provas. Depois quando cursou Ciências Biológicas no Jesus College de Cambridge, tocava piano e cantava no seu quarto, que se tornou um popular ponto de encontro.

<sup>211</sup> Nessa idade, em carta a Stanley Ede, amigo da vida inteira, mostra seu conflito em relação ao pai, que queria que assumisse seus negócios. Já se acostumara à idéia e aos argumentos a favor. Ao receber na véspera uma carta do amigo oferecendo-se para conversar com o pai a respeito, responde-lhe: “fiquei tão excitado que todos os sentimentos armazenados a respeito de médicos que eu havia engarrafado por tantos anos pareceram explodir e borbulhar imediatamente.” (apud Winnicott, C., 1994: 8).

<sup>212</sup> WINNICOTT, D.W.. Conferência na St. Paul’s School, 1945.

<sup>213</sup> Um paciente que se tornaria seu amigo, conta que o conheceu no hospital em 1916: “era um estudante de medicina que gostava de cantar uma canção cômica nas noites de sábado, na enfermaria, e nos alegrava a todos.” (apud Winnicott, C., 1994: 8).

<sup>214</sup> Ele “sempre sentiu que tinha uma responsabilidade de viver por aqueles que haviam morrido, assim como por si próprio.” (Winnicott, C., 1994: 8). Ingressando na Marinha, serviu como cirurgião em um navio. Tendo bastante tempo livre, dedicou-se à leitura de romances de Henry James.

<sup>215</sup> “Foi praticando pediatria que me dei conta do valor terapêutico da anamnese com a terapêutica como subproduto.” (Winnicott, [1963] 1990a: 180).

<sup>216</sup> “Estou convencido de que todo médico deveria ficar, pelo menos uma vez na vida, em um leito de hospital como paciente” (apud Winnicott, C., 1994: 9). Lembra a posição de Ferenczi, ver p. acima.

<sup>217</sup> Ainda não existia especialização em pediatria.

permaneceria por 40 anos<sup>218</sup>). No começo, atendia no consultório casos do hospital aos quais queria se dedicar mais, explorando os aspectos psicológicos das doenças.<sup>219</sup>

O exercício da pediatria, com os avanços da medicina no imediato pós-guerra, permitiu-lhe “olhar para as perturbações que pertencem às vidas das crianças fisicamente saudáveis.” (Winnicott, 1969<sup>220</sup>, apud Davis, 1982: 27). No contato com os pacientes, atentava para o contexto familiar e social.<sup>221</sup> A pressão do atendimento hospitalar incentivou-o a otimizar a relação médico-paciente como instrumento da clínica. Era comum marcar a visita de uma criança “dando a esta algo para levar consigo, algo que podia depois ser utilizado, destruído ou jogado fora.”<sup>222</sup> (Winnicott, C., 1994: 10).

Em seu primeiro casamento (de 1923 a 1949), Winnicott vivenciou uma cota grande de sofrimento e aprendizado sobre a psicose<sup>223</sup> (Kahr, 1997: 51 e 52). Casou-se posteriormente com Clare Britton e, como Ferenczi, não teve filhos.<sup>224</sup>

Os conhecimentos médicos iam-lhe deixando uma insatisfação crescente uma vez que as explicações fisiológicas das origens etiológicas de algumas doenças não davam conta dos motivos subjacentes que justificavam sua frequência e recorrência.<sup>225</sup>

“A fisiologia que eu aprendi foi fria, a saber, poderia ser checada mediante um exame cuidadoso de um sapo morto ou de uma preparação de órgãos como o coração e os pulmões. Fazia-se todo e qualquer esforço para eliminar variáveis como as emoções, e os animais assim como os seres humanos me pareciam ser tratados como se estivessem sempre numa condição neutra quanto à vida instintiva. (...)

<sup>218</sup> No Paddington Green Winnicott atendeu, em seus vinte e cinco primeiros anos, 25.000 casos clínicos, registrados pessoalmente. Ao final de 40 anos de trabalho clínico atendeu cerca de 60.000 pessoas (Khan, 1993: 15).

<sup>219</sup> Chegando a pagar a passagem para algumas mães sem recursos levarem suas crianças.

<sup>220</sup> WINNICOTT, D.W.. “Psycho-analysis and science: friends or relations?” Conferência na Oxford University Scientific Society, 1961.

<sup>221</sup> Ver WINNICOTT, D.W.. “The association for child psychology and psychiatry observed as a group phenomenon”, 1967.

<sup>222</sup> Através de um simples pedaço de papel, modelava alguma forma, como um leque ou um dardo, brincava um pouco e dava a criança ao se despedir. “Nunca vi este gesto ser recusado por nenhuma criança. Pode ser que este simples ato simbólico contivesse o germe de idéias que desenvolveu no artigo sobre ‘O uso de um objeto’, escrito ao final de sua vida. Também podia existir aqui um vínculo com o conceito de objeto de transição.” (Winnicott, C., 1994: 10).

<sup>223</sup> Sua esposa, Alice Taylor, alguns anos mais velha que ele, sofreria de graves distúrbios psiquiátricos, incluindo alucinações e delírios.

<sup>224</sup> Em carta de 1950 Winnicott diria a Clare, compartilhando um sonho: “você se juntou à coisa mais próxima a que posso chegar de meu objeto de transição”. Termina a carta mencionando estar “mais uma vez com vontade de escrever meu artigo sobre objetos de transição” (apud Winnicott, C., 1994: 12).

Na base desse segundo relacionamento estava o “reconhecimento e aceitação da separação de cada um. Na realidade, a força de nossa unidade residia neste reconhecimento e, implícita nele, encontra-se uma aceitação das pulsões inconscientes cruéis e destrutivas que foram debatidas como desenvolvimento final das teorias dele no trabalho ‘O uso de um objeto’. Nossa separação deixava cada um de nós livre (...) e assim procedendo, fortalecia a capacidade de cada um de nós de experienciar as alegrias e as mágoas de que partilhávamos.” (Winnicott, C., 1994: 11).

<sup>225</sup> Concluía que essas “teorias conduzem a becos sem saída.” (Winnicott, [1931] 1993: 72).

Portanto, ao estudar o funcionamento do corpo humano, mais importante ainda será permitir que a fisiologia seja complicada pela emoção e pelo conflito emocional”<sup>226</sup> (Winnicott, 1957<sup>227</sup>, apud Davis, 1982: 27).

Cético em relação ao reducionismo da psiquiatria organicista, criticaria os tratamentos psico-farmacológicos das doenças mentais, sobretudo pelo grau de intervenção sobre o paciente.<sup>228</sup> Ao deparar-se com a psicanálise, encontrou em Freud um médico, neurologista com estudos em neurofarmacologia, insatisfeito com os resultados que a medicina ofertava, inclusive com a precária remoção sintomática alcançada pelo tratamento por hipnose.<sup>229</sup> Abandonando o antigo projeto de tornar-se um clínico geral numa área rural, Winnicott permaneceu em Londres, com o propósito de fazer sua análise pessoal.<sup>230</sup>

“A psicanálise continua onde a fisiologia parou. Expande o território científico para abranger os fenômenos da personalidade humana, do sentimento humano e do conflito humano. Reivindica, pois, que a natureza humana pode ser examinada, e onde a ignorância é mostrada, a psicanálise pode-se dar ao luxo de esperar, e não necessita se permitir uma fuga para formulações supersticiosas.” (Winnicott, 1961<sup>231</sup>, apud Davis, 1982: 28).

### 5.2.1 Formação psicanalítica

As pesquisas de Winnicott surgiram no contexto do debate conceitual e clínico existente na sociedade britânica<sup>232</sup>, particularmente na década de 1928-1938.<sup>233</sup> No início

---

<sup>226</sup> Ferenczi, na viagem aos Estados Unidos, diferenciara a metodologia da fisiologia daquela necessária para lidar com emoções: “O Dr. Watson pediu-me um dia para lhe explicar em termos precisos o que era a psicanálise. Tive que reconhecer que ela era menos científica do que o behaviorismo se a cientificidade fosse exclusivamente uma questão de pesos e medidas. A fisiologia exige que toda e qualquer mudança seja mensurável por um instrumento. Mas a psicanálise não está em condições de tratar desse modo as emoções [movimentos da alma, N. Ed].” (Ferenczi, [1928 a] 1992: 3).

<sup>227</sup> WINNICOTT, D.W.. “Coronary thrombosis”, Conferência na Society for Psychosomatic Research, University College, Londres, 1957.

<sup>228</sup> Via perigos nessa “fronteira onde não há distinção entre o tratamento corretivo do opositor político ou ideológico e a terapia da pessoa louca.” (Winnicott, D.W.. “Some thoughts on the meaning of the word democracy” (1950), in: *The family and individual development*. Londres: Tavistock, 1965).

Faz um depoimento: “o tratamento pela leucotomia *realmente me chocou* e me trouxe uma desconfiança em relação à Psiquiatria de adultos da qual não espero me recobrar. Na leucotomia, que por sorte já não é usada, só posso ver o delírio de insanidade do paciente coincidindo com o delírio da parte do médico.” (Winnicott, [1963] 1990a: 180).

<sup>229</sup> A descoberta da psicanálise como “um método de investigação da natureza humana”, aconteceu casualmente, ao se deparar com a obra de Freud numa livraria, pouco tempo depois de formar-se (segundo Davis, 1982: 28), ou através de um amigo que lhe emprestou um livro de Freud (segundo Clare Winnicott, 1994: 9).

<sup>230</sup> Fez um longo processo analítico com James Strachey e depois outro, com Joan Rivière. Através da relação analítica percebeu que “o indivíduo era um incognoscível isolado, que só podia personalizar-se e conhecer-se através do *outro*” (Khan, 1993: 51).

<sup>231</sup> WINNICOTT, D.W.. “Carta a Robert Tod”, 1969.

<sup>232</sup> Khan destaca entre seus membros: Ernest Jones, James e Alix Strachey, Joan Rivière, Susan Isaacs, Sylvia Pavne, Ella Sharpe, John Rickman, Adrian e Karen Steven, Barbara Low, J. C. Flugel, Mariolrie Brieley e Edward Glover” (1993: 10).

da década de 1920, Anna Freud em Viena e Melanie Klein em Berlim, iniciaram suas pesquisas no tratamento psicanalítico de crianças. Em 1926, Ernest Jones, então presidente da sociedade britânica, convidou Melanie Klein para trabalhar em Londres.<sup>234</sup> Anna desenvolveu uma pedagogia psicanalítica, acentuando a ênfase no trabalho sobre as resistências e defesas. As pesquisas das duas tiveram grande repercussão na sociedade britânica dividindo-a em duas correntes.

Winnicott iniciou sua formação em 1923<sup>235</sup> e depois se destacou como um importante membro do *Middle Group*, que se formou como uma alternativa independente às duas correntes. As teorias que aprendia ganhavam sentido em sua análise pessoal, sendo confirmadas em sua clínica.<sup>236</sup>

Com o tratamento de psicóticos e casos fronteirços, através da experiência regressiva na análise, consolidou-lhe um novo campo clínico e epistemológico: “sua clínica gradativamente tornou-se uma clínica psiquiátrica” (Winnicott, C., 1994: 10).

Winnicott devotou sua vida às realidades da clínica. Priorizava a capacidade de utilizar a própria experiência em detrimento da precisão terminológica ou metapsicológica. Como Freud, Ferenczi e Balint, continuou a desenvolver sua teoria até o final da vida. Ela “dava sentido à relação entre a pediatria e a psiquiatria, embasando sua prática e oferecendo um contexto dentro do qual ele podia incluir o subjetivo sem ser arbitrário.” (Davis, 1982: 34).

Acompanhou de perto e investigou os mistérios da relação mãe-bebê através da observação direta de milhares crianças pequenas e seus cuidadores, e indireta, de pacientes em análise, de todas as idades. Ressalta que “as observações clínicas diretas de bebês (...) construíram a base principal de tudo o que eu erigi em teoria.” (Winnicott, 1975: 12). Atraído

---

<sup>233</sup> Freud ampliara suas hipóteses sobre a estrutura da mente (1923a) e revisara a teoria da angústia (1926a). Em 1928 Ferenczi inicia a última e fértil fase de sua obra, morrendo em 1933. Freud morreu em 1939, em Londres.

<sup>234</sup> “Seu especial talento para compreender as fantasias inconscientes da criança pequena, por meio das técnicas do jogo, tomou conta da imaginação dos seus colegas ingleses, da mesma forma como, em Berlim e Viena, despertara desconfiança e resistência.” (Khan, 1993: 9 e 10).

<sup>235</sup> Ano em que ingressou como consultor pediátrico nos dois hospitais, iniciou o consultório e casou pela primeira vez.

<sup>236</sup> “Naquele tempo nenhum outro analista era pediatra ao mesmo tempo, e assim, por duas ou três décadas fui um fenômeno isolado.” (Winnicott, [1962] 1983: 157).

tratar de crianças, compreendia-as<sup>237</sup>, sem ser ingênuo em relação à tarefa de cuidar delas<sup>238</sup>.

Sua teoria, de complexidade crescente, foi construída em torno do desenvolvimento do indivíduo em sua singularidade, imerso em seu ambiente, enfatizando o papel dos cuidados na primeira infância. Era-lhe impossível imaginar o cuidado de um ser vivo sem levar em consideração todos os aspectos ambientais, visão que era rara na época.<sup>239</sup> A existência humana imersa na intersubjetividade foi o paradoxo ao qual dedicou a vida.<sup>240</sup> Tinha como propósito, “acima de tudo, definir as condições nas quais o indivíduo poderia crescer, sem obstáculos, para atingir a maturidade.” (Davis, 1982: 23). Clínico cheio de esperança, como Ferenczi<sup>241</sup>, apesar de lidar tanto com sofrimento, “viu o destino individual do homem sob uma luz jubilosa. Para ele, a pessoa humana, no ambiente de cultura exclusivamente, era um ser viável e criativo.” (Khan, 1993: 50 e 51). Ressaltava os aspectos positivos do estar só: “era um solitário que incluía os outros para incrementar sua experiência de si mesmo.” (Khan, 1993: 51, remetendo a Winnicott, [1958b] 1990).

A conjugação da experiência vivida com a elaboração teórica favoreceu a profundidade de obra.<sup>242</sup> Diante da vasta gama de sofrimento com que se deparou, “jamais foi uma obscura máquina clínica interpretativa. Seu trabalho era parte integrante da sua auto-experiência.” (Khan, 1993: 50). Suas idéias se articulam em cadeia entre si e com sua própria vivência

---

<sup>237</sup> Sua capacidade de comunicação com crianças pode ser exemplificada com a visita que fez a uma família dinamarquesa pela segunda vez após anos. Os filhos lembravam-se como haviam brincado com aquele “inglês que sabia falar dinamarquês.” Quando lhes disseram que Winnicott não conhecia o seu idioma, simplesmente não acreditaram. (TIZARD, J.P.M. “Obituary: Donald Winnicott”, in: *International Journal of Psycho-Analysis*, v.52, 1971, apud Davis, 1982: 22).

<sup>238</sup> “As crianças são uma carga e se trazem alegria é porque duas pessoas decidiram aceitar esse tipo de carga; na realidade, concordaram em não chamá-la de carga, e sim de bebê.” (WINNICOTT, D.W.. “The only child” [1945], in: *The child, the family, and the outside world*. Londres: Penguin Books, 1964, apud Davis, 1982: 22).

<sup>239</sup> Apresenta sua posição clínica em *Clinical notes on disorders of childhood*. Londres: Heinemann, 1931. Durante algum tempo ignorado entre os analistas, Winnicott fez sua primeira apresentação na sociedade britânica expondo sua concepção da pessoa humana ([1935] 1993). No pós-guerra explicitou suas contribuições em conferências e artigos. Expunha suas teorias de acordo com o público com quem interagia, diferentes profissionais que cuidavam, de distintas formas, do sofrimento humano. Sentia que, nesses encontros apreendia algo fundamental e distinto da conceitualização analítica.

A complexidade do cuidado de crianças apontava as limitações de sua teoria. Certa vez, ao falar a assistentes sociais alertou: “Quanto mais perto um de nós está em relação à criança, mais difícil será discutir a teoria sem sentir algo de irreal. A teoria parece fútil para aquele que deseja saber agora o que fazer para lidar com uma criança difícil.” (WINNICOTT, D.W.. “Talk to doctors”, St. Luke’s Church, Hatfield, 1970, apud Davis, 1982: 25).

<sup>240</sup> A consistência discernível em seu pensamento não é a da lógica formal: “a verdade entre as criaturas humanas só é verdadeira pela metáfora ou paradoxo. A precisão estatística é a medida da máquina, porém não um índice da veracidade humana.” (Khan, 1993: 15). Sua complexa teoria do desenvolvimento partia de afirmações simples, articuladas mais às experiências da vida, relatando aspectos aparentemente evidentes, mas pouco abordados conceitualmente.

<sup>241</sup> Ver p. 86, acima.

<sup>242</sup> “Para ele, a compreensão não era a mesma coisa que a aceitação intelectual, porque necessariamente continha um elemento da experiência.” (Davis, 1982: 25).

peçoal. “Por esse motivo ele emerge, através de seus escritos, como uma pessoa singular cuja vitalidade pode ser sentida em cada parte.” (Davis, 1982: 13).

Como ele mesmo repetia: “*Le style est l’homme même*”<sup>243</sup> (Winnicott [1967] 1975: 137). Sua “capacidade de estar vitalmente presente e engajado mesmo quando silencioso e impassível significava que estava continuamente vivenciando as coisas com todos os seus sentidos.” (Khan, 1972<sup>244</sup>, apud Davis, 1982: 24). Era marcante para seus pacientes a “extraordinária tranqüilidade da vigilante presença somática que era a sua na situação clínica.”<sup>245</sup> (Khan, 1993: 23).

Winnicott valorizava Freud pela iniciativa de abordar o desenvolvimento humano, superando as resistências para se tratar da sexualidade, reconhecendo o papel do recalque e das pulsões inconscientes, insistindo no reconhecimento da realidade psíquica, elaborando um método de tratamento e teorias a respeito da dinâmica psíquica.<sup>246</sup> Mas achava que “existe muito mais no tocante à vida humana”, do que a mera “aceitação de uma ‘infelicidade comum’”, como Freud afirmara (Khan, 1993: 50).

Tinha plena consciência de que “a vida é difícil, inerentemente difícil para qualquer ser humano, para cada um de nós desde o seu princípio” (Winnicott, [1946] 1964<sup>247</sup>, apud Davis, 1982: 19). Mas não aceitava a descrição de Freud das raízes da agressividade em termos de uma pulsão de morte: “não conseguia acreditar que os seres humanos nasciam contendo em si as sementes da sua própria destruição” (Davis, 1982: 19). Para ele, “viver criativamente constitui um estado saudável” mas “a submissão é uma base doentia para a vida.” (Winnicott, [1971d] 1975: 95). “Sentia que, na aquiescência, a integridade se perdia”, traço que o levou também a ser considerado, em certas ocasiões, um “*enfant terrible*”, afirmando, p.ex., que “a moral aplicada nos entedia” (Davis, 1982: 20).

Sua “avidez por experiências” fazia-o odiar a idéia de “perder a experiência interna de sua própria morte” (Winnicott, C., 1994: 4): “- Oh, Deus! Possa eu estar vivo quando morrer.” (Winnicott, “Notações autobiográficas”, apud Winnicott, C., 1994: 3).

---

<sup>243</sup> “Não conheci nenhum outro analista mais inevitavelmente ele mesmo. Foi esta qualidade de ser inviolavelmente eu-mesmo que lhe permitiu ser tantas pessoas diferentes para criaturas tão diversas. Cada um de nós que o conheceu tem o *seu próprio* Winnicott e ele jamais desrespeitou a versão que o outro tinha dele, afirmando seu próprio estilo de ser. E, contudo, permaneceu sempre e inexoravelmente Winnicott.” (Khan, 1993: 7).

<sup>244</sup> KHAN, Masud. “Text for the Winnicott Memorial Meeting”, 19<sup>th</sup> January, 1972”.

<sup>245</sup> “Iniciei, deliberadamente, definindo Winnicott na sua presença corporal, porque não se pode começar a entender o seu talento como clínico, se não estivermos cientes de que, nele, psique e soma viviam em perpétuo diálogo.” (Khan, 1993: 7).

<sup>246</sup> Winnicott, D.W.. “Growth and development in immaturity” [1950], in: *The family and individual development*, 1968, op. cit..

<sup>247</sup> Winnicott, D.W.. “What do we mean by a normal child?” [1946], in: *The child, the family, ..., op. cit..*

## 6 **PSICORPOREIDADE E INTERSUBJETIVIDADE: A UNIDADE PSICOSSOMÁTICA, O PROCESSO MATURATIVO E O FENÔMENO TRAUMÁTICO**

### 6.1 **Ferenczi e a acolhida ambiental**<sup>248</sup>

“Os bebês não amam, é preciso que sejam amados.”  
*Ferenczi*, [7/8/1932] 1990: 236

Desde os primeiros artigos, Ferenczi enfatiza a importância das interações interrelacionais e das implicações das paixões na formação da subjetividade, desenvolvendo uma perspectiva “sobre a autonomia e a dependência do ser vivo em relação ao seu meio” (Sabourin, 1988: 94).

“As conexões neuropsíquicas das diferentes funções mentais não se limitam ao indivíduo, pois os homens vivem juntos, associam-se, correspondem-se, criam laços uns com os outros. Agem uns sobre os outros; é a partir dessas interações complexas que se constituem a consciência de toda a espécie humana, o todo constituindo uma espécie de mídia superior que se denominou consciência da humanidade.”<sup>249</sup> (Ferenczi, 1900<sup>250</sup>, apud Sabourin, 1998: 26).

Ferenczi valoriza a concepção freudiana “sobre as bases pulsionais de tudo o que é orgânico”<sup>251</sup> (Ferenczi, [1929] 1992b: 47, referindo-se a Freud, 1920), mas em sua concepção, a dualidade pulsional manifesta sua potência de acordo com a interação com o ambiente: “a integração das pulsões de morte da criança vai variar em quantidade segundo a acolhida que lhe é dada, nos primeiros tempos da sua vinda ao mundo.” (Sabourin, 1988: 173).

Divergindo de Rank (1923<sup>252</sup>), Ferenczi ressalta que a preparação fisiológica (ao final do período intra-uterino, com os pulmões e o coração prontos a funcionar) e o cuidado

<sup>248</sup> Além da bibliografia utilizada esta parte do texto baseia-se também nos cursos sobre Ferenczi e Balint, do Prof. Jurandir Freire Costa, no IMS/UERJ, em 1997; “Ferenczi e a criatividade do analista”, do Prof. Humberto Vasconcelos, no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, em 2001; “A dimensão corporal da transferência”, da Prof<sup>a</sup>. Ivanise Fontes em 2001-II.

<sup>249</sup> Ferenczi previa que sua pesquisa provocaria uma quarta ferida narcísica no homem ocidental, depois das realizadas por Copérnico (deslocando o centro do universo da terra para o sol), por Darwin (a origem animal e não divina do homem), por Freud (o inconsciente e não a razão como cerne do aparato psíquico). Mostraria “que não somos tão autônomos quanto desejaríamos, em relação ao universo” (Ferenczi, , apud Sabourin, 1988: 94).

<sup>250</sup> Artigo “Consciência e desenvolvimento”, 1900.

<sup>251</sup> Ferenczi concebe a polaridade das pulsões de vida e de morte, em circularidade: “deveríamos abandonar definitivamente o problema do começo e do fim da vida e imaginar todo o universo orgânico e inorgânico como uma oscilação perpétua entre pulsões de vida e pulsões de morte, em que tanto a vida quanto a morte jamais conseguiriam estabelecer sua hegemonia.” (Ferenczi, 1924c: 325).

<sup>252</sup> Otto Rank radicalizou a teoria desenvolvida por Freud relacionando os sintomas de angústia com as modificações fisiológicas na saída do ventre materno, refutando a necessidade da pesquisa analítica do traumatismo patogênico, tarefa que considera “penosa e enfadonha”: “basta reconhecer, na reprodução, O

ambiental suavizam essa transição: “nessas condições, o nascimento é um verdadeiro triunfo, exemplar para toda a vida.” (Ferenczi, [1928a] 1992b: 4). Demonstra que toda a força da evolução das espécies permite “ao feto viver perfeitamente bem um nascimento para o qual toda a filogênese lhe permitiu adaptar-se.”<sup>253</sup> (Sabourin, 1988: 81). Os pais, tendem

“a tornar a situação do recém-nascido tão agradável quanto possível; o bebê é deitado no quente, protegido ao máximo das excitações ópticas e acústicas incômodas; eles fazem a criança esquecer efetivamente o que se passou, como se nada tivesse acontecido. É duvidoso que um transtorno, eliminado de forma tão rápida e radical, pudesse ter o valor de ‘trauma’.” (Ferenczi, [1928a] 1992b: 4 e 5).

Durante o período neotênico, de grande fragilidade do bebê, é fundamental a proteção do afeto materno. Para Ferenczi, é um equívoco pensar que as pulsões de vida são largamente preponderantes nos neo-natos, decaindo com a idade:

“De qualquer modo, no início da vida, intra e extra-uterina, os órgãos e suas funções desenvolvem-se com uma abundância e uma rapidez surpreendentes - mas só em condições particularmente favoráveis de proteção do embrião e da criança. (...) A ‘força vital’ que resiste às dificuldades da vida não é, portanto, muito forte no nascimento; segundo parece, ela só se reforça após a imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos, por meio de um tratamento e de uma educação conduzidos com tato.” (Ferenczi, [1929] 1992b: 50).

A concepção de acolhida ambiental que propõe será desenvolvida por Balint (amor primário) e Winnicott (ambiente facilitador): “o primeiro passo no sentido da adaptação devia partir de nós, e damos sem dúvida nenhuma esse primeiro passo quando compreendemos a criança.” Ao longo dos estágios do desenvolvimento as dificuldades na adaptação dos pais às crianças não são poucas: “tornar-se pai é mais fácil do que sê-lo” (provérbio alemão). A adaptação da família à criança que preconiza exige que os pais se disponham a adquirir familiaridade com suas próprias vidas psíquicas uma vez que a criança tem “o direito de imaginar-se onipotente” e, ao mesmo tempo, de solicitar a presença de um adulto que a contenha<sup>254</sup> (Ferenczi, [1928a ] 1992b: 1 e 2).

---

traumatismo específico do nascimento e mostrar ao ego adulto do paciente que se trata apenas de uma fixação infantil” (*O trauma do nascimento*, Payot, 1923 : 214, apud Sabourin, 1988: 97). Ferenczi considera exagerada a idéia de que todas as passagens cruciais do desenvolvimento trariam resquícios e ativariam o trauma do nascimento (“Técnica psicanalítica”, 1926).

<sup>253</sup> “A adaptação implica renúncia aos seus objetos de satisfação a fim de habituar-se a novos objetos, ou seja, transformar uma perturbação (sempre dolorosa no começo) em satisfação. Isso ocorre por identificação com o estímulo perturbador e, depois, introjeção deste” (Ferenczi, [1924 c] 1992b: 324, nota 57).

<sup>254</sup> Winnicott vai desenvolver a importância da fantasia, a partir da experiência de onipotência e dos momentos de ilusão, no contexto de um *holding* contenedor.

Esse ser nascente imbricado no ambiente vivencia a “experiência interna” através de duas vias, a psíquica e a somática.

“Mesmo que dispuséssemos de uma máquina que projetasse numa tela os mais sutis processos do cérebro e registrasse com precisão todas as modificações do pensamento e do sentimento, restaria sempre a experiência interna e seria necessário ligar ambas as experiências. O único meio de resolver essa dificuldade consiste em reconhecer as duas vias da experiência - a física e a psíquica.” (Ferenczi, [1928a] 1992b: 13).

Ferenczi foi um dos pioneiros a abordar a questão do corpo na psicanálise, mais propriamente as marcas precoces impressas no corpo e que retornam na clínica pela transferência, reproduzindo cenas vividas ou sensações sentidas.

O trauma, excluído da cena psíquica, inscreve-se no corpo através de “símbolos mnêmicos corporais” (“Notas e fragmentos”, [Artigos póstumos] 1992b). O registro corporal do trauma, através destes traços mnêmicos corporais, provoca perturbações e doenças psicossomáticas.

“É o corpo quem guarda as marcas do trauma que não puderam se inscrever como traços mnêmicos. E se os enunciados que dizem respeito ao trauma são corporais e não verbais, o analista deve procurar novas formas de tratamento que dêem conta desses casos no limar do analisável.” (Lejarraga, 1996: 83<sup>255</sup>).

Ferenczi, próximo a Freud, lembra que a fonte da pulsão é somática, que a sensação tem capacidade de impressão. A memória, impressa no corpo, gera um registro corporal (impressão, marca não representável) e somente lá será despertada (“Notas e fragmentos” [Artigos póstumos]). A análise favorece o ressurgimento do vivido no corpo através da transferência, abrindo um acesso a experiências precoces. A memória corporal é um registro num corpo sensível, marca impressa mas não recalcada, nem memorável pela consciência, de aspectos não-representáveis. Originados em uma comoção inacessível à memória e à linguagem, que se inscreve no corpo e, através dele, marca o psiquismo com sensações irrepresentáveis, inacessíveis à linguagem.<sup>256</sup>

<sup>255</sup> Referindo-se PINHEIRO, Maria Teresa. “A teoria do trauma ferenciano”, in: *revista de psicologia e psicanálise*, v. I. Rio de Janeiro: IP/UFRJ, 1989.

<sup>256</sup> Anzieu (1989) vai investigar o trauma precoce, o traumatismo antes da constituição do envelope psíquico. Distintos processos de envelopamento possibilitam a constituição do ser, desde a formação neurofisiológica do sistema nervoso e da pele, o contato corporal com a mãe e seus cuidados, até o ambiente cultural que o rodeia, no qual está imerso.

### 6.1.1 A reabilitação da teoria do trauma como fenômeno intersubjetivo

Ferenczi é quem vai desenvolver a investigação teórica e clínica a respeito dos aspectos desestruturantes do trauma: “retoma justamente a concepção freudiana do trauma desenvolvida – embora inacabadamente – a partir de 1920, em que a noção de trauma marca o campo do não representado, indica os limites do interpretável, aponta para o insuportável.” (Lejarraga, 1996: 95).

Ao contrário de Freud quando afirma que “a etiologia traumática oferece à análise seu terreno mais favorável” (1937a), Ferenczi relacionou-a com o tratamento psicanalítico de neuroses graves e psicoses, chamando atenção para a importância do “fator traumático, tão injustamente negligenciado nestes últimos tempos, na patogênese das neuroses.”<sup>257</sup> (Ferenczi, [1933] 1992b: 97). “Ainda que certas alegações de pacientes fossem mentirosas e irreais, a realidade psíquica da própria mentira subsistia como fato irrefutável.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 54 e 55). Ele não abre mão da história em prol das fantasias inconscientes, porque não podia negar “o efeito dessas realidades de infância que, tantas vezes, ultrapassam a ficção.”<sup>258</sup> (Sabourin, 1988; 133).

A teoria do trauma desenvolveu-se do choque sexual pré-pubertário (sexual/pré-sexual) de Freud até os desenvolvimentos de Ferenczi em torno da hipnose materna ou paterna, da comoção psíquica (*Erschütterung*) e da confusão de línguas (*Sprachverwirung*).

Em relação à hipnose, é inegável que as crianças sejam influenciáveis e “que exista, portanto, um elemento de hipnose na relação entre crianças e adultos”. Esse poder de influenciar pode ser usado para imprimir “regras rígidas no psiquismo maleável da criança, como algo outorgado do exterior” ou “como meio de educá-las para maior independência e coragem.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 76). A hipnose “materna” e a “paterna” são decorrentes de violências físicas e psíquicas intrafamiliares: sedução (ou insinuação de abandono) e intimidação (ou ameaça de castigo).

---

<sup>257</sup> Para Ferenczi, o histórico e o estrutural estão mutuamente implicados como o inato e o adquirido na etologia de Konrad Lorenz.

<sup>258</sup> Ferenczi privilegiou a avaliação do fator traumático, mesmo em análises que desenrolavam-se predominantemente no nível de conflitos intrapsíquicos (p. ex., com neuróticos obsessivos que precisam de muito tempo para permitirem que sua emoção venha à tona:

“Mas, de acordo com a minha experiência, produz-se mais cedo ou mais tarde, quase sempre muito tarde, é verdade, um desmoronamento da superestrutura intelectual e uma emergência brutal da infra-estrutura, que é sempre primitiva e intensamente emocional

(...) com a paciência e a perseverança necessárias é possível até dismantelar mecanismos puramente intrapsíquicos, solidamente construídos, e reconduzi-los ao estágio do trauma infantil.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 81).

Sua grande questão sempre será a passagem “da linguagem do passional à comoção psíquica.” (Sabourin, 1998: 21). Com a noção de comoção psíquica, Ferenczi expressa uma catástrofe no desenvolvimento do sujeito, produzindo a fragmentação da personalidade e a clivagem narcísica, conseqüência do “terrorismo do sofrimento” (medo, ódio e culpa - Ferenczi, [1933] 1992b: 105).

A palavra que utiliza, *Erschütterung*, provem do alemão *Schutt*, que designa “restos, destroços”, “engloba o desmoronamento, a perda de sua forma própria e a aceitação fácil e sem resistência de uma forma outorgada, ‘à maneira de um saco de farinha’.”<sup>259</sup> (“Reflexões sobre o trauma”, [Artigos póstumos], 1992b: 109).

Foca a dupla linguagem e seus efeitos patogênicos enquanto comunicação disfuncional. Consolida a idéia que “o trauma não é o choque, nem o incidente de juventude secreto, nem a repressão da lembrança, nem a fantasia inconsciente de um trauma, ou de um atentado” mas a “confusão de línguas” (Sabourin, 164). Já constatara o paradoxo de que “o que escapa precisamente aos pais, é o que para as crianças é óbvio; e o que as crianças não percebem é claro como o dia para os pais.” (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 8). “Os delitos que a criança comete, de brincadeira, só passam a ter um caráter de realidade pelas punições passionais que recebem de adultos furiosos, rugindo de cólera, o que acarreta numa criança, não culpada até então, todas as conseqüências da depressão.”<sup>260</sup> (Ferenczi, [1933] 1992b: 104). É a passionalidade do adulto, e particularmente, seu ódio

“que surpreende, assusta e traumatiza uma criança amada por um adulto. Esse ódio transforma um ser que brinca espontaneamente, e com toda a inocência, num autômato, culpado do amor, e que, imitando ansiosamente o adulto, esquece-se por assim dizer de si mesmo.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 106).

Ferenczi atesta que “após ter dado toda a atenção devida à atividade fantasística como fator patogênico, fui levado, nestes últimos tempos, a ocupar-me cada vez com maior freqüência do próprio traumatismo patogênico.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 64). O traumatismo não é decorrência de uma hipersensibilidade constitucional das crianças, mas

<sup>259</sup> Através de acessos de cólera, os adultos, diante da criança em dificuldades, acabam “desviando suas energias para um falso caminho (...) segundo a constituição do indivíduo; um se tornará neurótico, o outro psicótico, um terceiro, enfim, criminoso.” (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 7). Prenuncia os desenvolvimentos de Balint sobre a *falha básica* e os de Winnicott sobre o falso *self*.

<sup>260</sup> “No princípio, teme-se a punição, depois identifica-se com a autoridade que pune. Pai e mãe reais podem então perder a importância que tinham para a criança, já que ela estabeleceu em si mesma, uma espécie de pai e mãe interiores. Assim se constitui o que Freud chamou de superego. O superego é, portanto, o resultado de uma interação do ego com uma parte do meio ambiente. A severidade excessiva pode acarretar prejuízos para a criança por toda a vida, dotando-a de um superego demasiado rígido. (...) a nocividade de exigências ideais excessivas.” (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 11 e 12).

“de um tratamento verdadeiramente inadequado, até cruel. As fantasias históricas não mentem, elas nos contam como pais e adultos podem, de fato, ir muito longe em sua paixão erótica pelas crianças; e por outro lado, são propensos, se a criança se presta a esse jogo semi-inconsciente, a infligir à criança totalmente inocente punições e ameaças graves, que a abalam e a perturbam, causam nela o efeito de um choque violento e são para ela inteiramente incompreensíveis.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 64 e 65).

E conclui que resgatar “a traumatogênese, por tanto tempo negligenciada, poderia mostrar-se uma decisão fecunda não só no plano terapêutico e prático, mas também no teórico.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 65). Intrigado compartilhou com Freud que “(...) o mecanismo sutil do ‘trauma psíquico’ e sua relação com a psicose conforma um quadro muito impressionante, ao menos para mim.” (carta de 29/6/1930, 2000: 394). E insiste, parecendo pedir orientação e autorização: “Como renovar a teoria do trauma aparentemente caída em desuso?” (carta inédita de 20/7/1930<sup>261</sup>). Enfim Freud responde incentivando-o:

“As suas novas idéias esboçadas sobre a fragmentação traumática da vida psíquica me parecem cheias de espírito (...) considerando a extraordinária atividade sintética do ego, quase não se pode falar de trauma sem tratar ao mesmo tempo da cicatrização (*narbenbildung*) reacional.<sup>262</sup> É sem dúvida esta última que cria o que é visível para nós, os traumas<sup>263</sup>, devemos deduzir.” (carta<sup>264</sup> a Ferenczi, [16/9/1930] 2000: 399).

Aparece o efeito do traumático com suas diferentes denominações, conforme as pesquisas conceituais dos autores: a “cicatrização reacional” em Freud, a “cicatriz arquioriginária” em Ferenczi, a “falha básica” em Balint e em Winnicott, o “falso *self*”. Freud ressaltava que os traumas permaneciam inacessíveis, sendo invisíveis e somente dedutíveis: “desvio da libido da criança desde as primeiras horas da vida, violências feitas ao seu intercâmbio pulsional com o meio humano, demasiadamente humano.” Para Ferenczi, o erro de Freud foi considerar só os atos caracterizados como perversos como a origem dos efeitos traumáticos: “Como se a palavra da mãe, ela própria língua materna, não fosse suscetível de desviar, de induzir em erro, de mentir, mesmo que fosse só por omissão, bem capaz de abusar do corpo como do sentido, do gosto de viver como do prazer de se adaptar.” (Sabourin, 1988: 141).

Ferenczi resgata a noção de trauma, tendo como referência metapsicológica “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914c) e “O ego e o id” (1923a). Para ele, o trauma é um

<sup>261</sup> Apud Sabourin, 1988: 145.

<sup>262</sup> Freud reforça a idéia do traumático gerando uma “cicatrização reacional” incrustada no psiquismo.

<sup>263</sup> Interessante notar: *traumeu*, os traumas, *traume*, os sonhos.

<sup>264</sup> Jones não cita essa carta e a publicação da *Correspondance* da Gallimard elimina essa passagem fundamental. (Essa tradução também é encontrada em Sabourin, 1988: 145, mas datada como 19/9/1930).

fenômeno relacional, que se estabelece na interação com o ambiente relacional em que se deu e se consolidou. É a negação do acontecido, o *desmentido* (uma negação mentirosa<sup>265</sup>), que torna o traumatismo patogênico, agindo como novo agente traumático (em redobramento com o acontecimento). A chave da *comoção psíquica* por trás do “superarquitraumatismo” é o desmentido. Os seres humanos constituem uma parte privilegiada do meio ambiente por sua importância afetiva, mas também por serem os únicos objetos que não têm qualidades confiáveis. “O homem é o único ser vivo que mente. Eis o que torna difícil para a criança a adaptação a essa parte do seu meio ambiente.” (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 11).<sup>266</sup>

“O pior é realmente a negação [o desmentido], a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento, ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico. Tem-se mesmo a impressão de que esses choques graves são superados, sem amnésia nem seqüelas neuróticas, se a mãe estiver presente, com toda a sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 79 e 80).

Ao efetuar o desmentido, o ambiente nega o sofrimento vivido pela criança no episódio vivenciado e com isso desautoriza a autonomia de sua percepção e pensamento. Dois níveis de comunicação encontram-se então presentes: o da ternura e o do arrebatamento passional, gerando confusões entre o que é proclamado e o que é praticado.

O trauma assim é concebido em dois tempos distintos, envolve eventos multideterminados e está sempre relacionado com o ambiente. Num primeiro momento, hiper ou hipostimulação associada aos movimentos passionais do adulto, sua sedução ativa ou invasão diante das exigências de ternura e verdade da infância. Num segundo momento, o desmentido. Quando

“a criança tentava obter reparação, reconforto ou simplesmente compreensão por parte desses mesmos adultos, estes - sob a pressão de seus próprios sentimentos de culpa conscientes ou inconscientes - eram levados a negar toda participação na fase precedente (...) ou, para usar a nossa terminologia, ao serem extremamente objetivos e benevolentes, manifestavam com clareza não sentir-se implicados.” (Balint, [1967] 1992b: XX).<sup>267</sup>

Se no começo da vida for infligido um trauma a uma criança, ainda que mínimo, ele “pode projetar uma sombra sobre toda a sua vida” (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 5). Pacientes

<sup>265</sup> A palavra que Ferenczi usa *verleugnung* vem do radical alemão *lugen*, mentir, por isso desmentido, distinto da tradução francesa *négation*, negação.

<sup>266</sup> A criança torna-se desconfiada. Sua dependência em relação ao meio e os impasses em relação aos valores e costumes dominantes, obrigam-na também a mentir: “podemos com segurança caracterizar qualquer mentira de criança como mentira por necessidade” (Ferenczi, [1928 b] 1992b: 17).

<sup>267</sup> Balint expõe a estrutura bifásica da concepção ferencziana do trauma precoce na sua “Introdução” ao quarto volume das obras de Ferenczi.

que perderam precocemente o gosto pela vida e apresentam pouca capacidade de adaptação, semelhantes àqueles que, segundo Freud, “sofrem de uma fraqueza congênita de sua capacidade para viver”. O campo traumático precoce deve ser considerado através seus indícios por trás das supostas etiologias hereditárias ou de manifestações primárias da pulsão de morte: “o caráter congênito da tendência mórbida é simulado, em virtude da precocidade do trauma.” (Ferenczi, [1929] 1992b: 50).

Ressalta “que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. (...) se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida.” A especulação cosmológica pessimista é uma das formas de tentar responder porque trouxeram-no ao mundo “se não estavam dispostos a acolher-me carinhosamente?”<sup>268</sup> (Ferenczi, [1929] 1992b: 49).

As catástrofes traumáticas da primeira infância são decorrentes da não acolhida “do abuso do poder do adulto sobre a criança” (Sabourin, 1988: 81). Freud já descobrira que o modo como o indivíduo, nos cinco primeiros anos de sua vida, adapta suas necessidades primitivas às exigências da civilização determinará também a maneira como enfrentará na vida todas as dificuldades ulteriores (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 6). Além dos macrotraumas visíveis com seus efeitos patogênicos, existem também os microtraumas cumulativos não acessíveis à memória.<sup>269</sup> Ferenczi ampliou seu enfoque de modo a abarcar todos desvios da libido da criança em sua entrada na civilização.

“Outros traumatismos reais têm efeitos mais difíceis de eliminar: não são de ordem fisiológica mas dizem respeito ao ingresso da criança na sociedade de seus semelhantes e, quanto a isso, o instinto dos pais parece com muita freqüência falhar. Quero referir-me ao trauma do desmame, do treinamento de asseio pessoal, da supressão dos ‘maus hábitos’ e, finalmente, o mais importante de todos, a passagem

---

<sup>268</sup> Sua hipótese foi consolidada através de dois casos de pacientes não bem vindos na família - um, o décimo filho de uma mãe sobrecarregada, o outro, filho de um pai vítima de uma doença fatal -, que desenvolveram espasmo da glote infantil, interpretados como tentativas de suicídio por auto-estrangulamento. Esperava que fosse confirmada e suplementada por outros estudos, em especial de pediatras - como Winnicott.

“Todos os indícios confirmam que essas crianças registraram bem os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada. Os menores acontecimentos, no decorrer da vida posterior, eram bastantes para suscitar nelas a vontade de morrer, mesmo que fosse compensada por uma forte tensão da vontade. Pessimismo moral e filosófico, ceticismo e desconfiança, tornaram-se os traços de caráter mais salientes desses indivíduos. Podia-se falar também de nostalgia apenas velada da ternura (passiva), inapetência para o trabalho, incapacidade para sustentar um esforço prolongado, portanto, um certo grau de infantilismo emocional, naturalmente, não sem algumas tentativas de consolidação forçada do caráter.” (Ferenczi, [1929] 1992b: 48 e 49).

Uma tarefa necessária seria assinalar as diferenças “entre a sintomatologia neurótica das crianças maltratadas desde o começo e a daquelas que são, no início, tratadas com entusiasmo, até mesmo com amor apaixonado, mas que depois foram ‘postas de lado’” (Ferenczi, [1929] 1992b: 50 e 51). Winnicott aprofunda essa diferenciação com a noção de deprivação ao tratar da tendência anti-social.

<sup>269</sup> Como disse, esse tema foi desenvolvido por Masud Khan, em *Le soi caché*, op. cit.. Ver, acima, nota 112, p. 46 e a seguir, nota 367, p.125.

da criança à vida adulta. Esses são os traumas mais graves da infância e quanto a eles, até o presente momento, nem os pais em especial nem a civilização em geral foram bastante previdentes.” (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 4 e 5).

Cada passagem apresenta seus dilemas e conflitos. O desmame, p. ex., representa uma mudança na relação com os objetos e na forma de obter prazer deles. A aprendizagem do asseio pessoal é outra difícil fase do desenvolvimento emocional, num contexto social e culturalmente estabelecido. Para a criança pequena “seus excrementos são, efetivamente, uma parte de si mesma, algo de intermediário entre o sujeito e o objeto”.<sup>270</sup> Há crianças que suportam medidas absurdas de seus pais mas “mesmo quando superam bem essa educação insensata, deixam escapar uma parte da felicidade que a vida teria podido propiciar-lhes” (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 6 e 7).

A experiência traumática “produz-se, portanto, quando da passagem da primeira infância primitiva à civilização; o asseio não é a única coisa a estar em causa, somando-se-lhe a sexualidade.”<sup>271</sup> (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 7 e 8). Nos primeiros anos, a criança pode ter dificuldade de lidar com a excitação que experimenta e testemunha através da própria sexualidade e a dos pais.

Ferenczi afirma que “uma certa quantidade de experiências infantis realmente vividas oferece uma espécie de proteção contra os caminhos anormais que o desenvolvimento pode adotar.” Mas alerta: “Contudo, não é aconselhável que a ‘vivência’ exceda um certo *optimum*. Uma experiência excessiva, precoce demais ou intensa demais, pode igualmente acarretar o recalçamento e, conjuntamente, a pobreza da vida de fantasia.” ([1924 b] 1993: 248).<sup>272</sup> O fundamental aqui não é o *vivido* mas o *optimum*, tema que será desenvolvido em Winnicott através da noção de suficiência.

Descreve como as seduções incestuosas se dão: “um adulto e uma criança amam-se; a criança tem fantasias lúdicas, como desempenhar um papel maternal em relação ao adulto. O jogo pode assumir uma forma erótica, mas conserva-se, porém, sempre no nível da ternura.” Os adultos, particularmente no caso de tendências psicopatológicas ou uso de substâncias

<sup>270</sup> Esboço da noção winnicottiana de objeto transicional. Ver, a seguir, pp. 115 a 117.

<sup>271</sup> “A sexualidade não começa com a puberdade mas com os ‘maus hábitos’ das crianças (...) manifestações do auto-erotismo, expressão primitiva do instinto sexual.” (Ferenczi, [1928 a] 1992b: 7 e 8).

<sup>272</sup> Muitas neuroses e formações caracterológicas “podem resultar do enxerto prematuro de formas de amor passional e recheado de sentimentos de culpa num ser ainda imaturo e inocente. (...) Se, no momento dessa fase de ternura, se impõe às crianças mais amor, ou um amor diferente do que elas desejam, isso pode acarretar as mesmas conseqüências patogênicas que a privação de amor até aqui invocada.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 103).

É traumatizante tanto as sensações genitais serem prematuramente forçadas, quanto o castigo no momento de uma atividade erótica, que poderia “ocasionar um distúrbio duradouro do que Reich chama a ‘potência orgástica’.” (Ferenczi, [1930] 1992: 65).

tóxicas, “confundem as brincadeiras infantis com os desejos de uma pessoa que atingiu a maturidade sexual, e deixam-se arrastar para a prática de atos sexuais sem pensar nas conseqüências.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 102). Lembra que “o que a criança deseja (...) é somente o jogo e a ternura, e não a manifestação violenta da paixão.” (Ferenczi, [1930] 1992: 64).

A reação de recusa, resistência, repugnância ou ódio da criança é inibida por um medo intenso. Física e emocionalmente indefesa, sente-se “frágil demais para poder protestar, mesmo em pensamento, contra a força e a autoridade esmagadora dos adultos que as emudecem, podendo até fazê-las perder a consciência.” Esse medo, em “seu ponto culminante, obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas e a identificar-se totalmente com o agressor.”<sup>273</sup> Essa identificação, a “introjeção do agressor”, faz com que este desapareça “enquanto realidade exterior, e torna-se intrapsíquico; mas o que é intrapsíquico vai ser submetido, num estado próximo do sonho - como é o transe traumático -, ao processo primário” A hipótese crucial de “Confusão de línguas” é que “a personalidade ainda fracamente desenvolvida reage ao brusco desprazer, não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e a introjeção daquele que a ameaça e a agride.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 102 e 103).

No transe traumático, a subjetividade da criança é modelada por essa identificação com o agressor e pela introjeção de seu sentimento de culpa: “o jogo até então anódino apresenta-se agora como ato merecedor de punição.” Após a agressão, o fato do adulto agressor comportar-se como se nada tivesse acontecido, mas deixando transpassar sua irritação e o tormento do remorso, torna a criança ainda mais profundamente consciente de sua falta e envergonhada. Ela se sente “dividida, ao mesmo tempo inocente e culpada, sua confiança no testemunho de seus próprios sentidos está desfeita.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 97).

O mecanismo da traumatogênese compreende “a paralisia completa de toda a espontaneidade” e do trabalho do pensamento, em estados semelhantes aos do choque, inclusive no domínio físico. Depois, há a instauração de uma situação em que “a criança, que se sente abandonada, perde por assim dizer todo o prazer de viver ou, como se deveria dizer com Freud, volta a agressão contra a sua própria pessoa.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 79).

---

<sup>273</sup> “A criança de quem se abusou converte-se num ser que obedece mecanicamente, ou que se fixa numa atitude obstinada; mas não pode mais explicar as razões dessa atitude. Sua vida sexual não se desenvolve ou assume formas perversas” (Ferenczi, [1933] 1992b: 103).

Em geral, as relações com uma segunda pessoa de confiança não são suficientemente íntimas para encontrar ajuda e algumas tênues tentativas são repelidas como tolices. As palavras do adulto ou o seu silêncio, as acusações em relação às condutas e inibições da criança, provocam estupefação, anestesia e obediência pós-hipnótica: “O comportamento dos adultos em relação à criança que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma.” (Ferenczi, “Reflexões sobre o trauma” [Artigos póstumos] 1992b: 111).

### 6.1.2 A cicatriz arquioriginária

Ferenczi busca “o trauma originário na relação original com a mãe”. Os efeitos dos traumas subseqüentes articulam-se com a “presença de tal cicatriz traumática materno-infantil, arquioriginária [*ururtraumatisch*].” ([10/4/1932] 1990: 120).<sup>274</sup> A idéia de cicatriz, retomada de Freud - a “cicatrização reacional” (...) que cria o que é visível para nós<sup>275</sup> é desenvolvida por Ferenczi: “o abandono acarreta uma clivagem da personalidade. Uma parte da sua própria pessoa começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai com a outra parte, e assim torna o abandono nulo e sem efeito, por assim dizer.”<sup>276</sup> (Ferenczi, [1931] 1992b: 76).

Em Ferenczi, a cicatriz arquioriginária é o resultado de choques traumáticos na infância, que fazem com que “a maior parte da personalidade converta-se num teratoma”. Um tumor cuja extração ameaça a existência da pessoa como um todo: “uma parte do corpo, escondida, alberga as parcelas de um gêmeo cujo desenvolvimento foi inibido.” Uma parte da personalidade “clivada sobrevive em segredo e esforça-se constantemente por manifestar-se, sem encontrar outra saída senão, por exemplo, os sintomas neuróticos.”<sup>277</sup> ([1930] 1992b: 65 a 67). Percebe “que não existe choque, nem pavor, sem um anúncio de clivagem da personalidade.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 104). Descreve a gênese da autoclivagem narcísica como se

“sob a pressão de um perigo iminente, um fragmento de nós mesmos se cindisse sob a forma de instância autoperceptiva que quer acudir em ajuda, e isso, talvez, desde os primeiros anos da infância. (...) as crianças que muito sofreram, moral e

<sup>274</sup> Ferenczi se preocupa com os filhos “cuja relação materna é designada como cicatriz” (Sabourin, 1988, 126).

<sup>275</sup> Ver p. 89, acima.

<sup>276</sup> Como afirmei na nota 110, p. 46, aqui encontra-se o germe das noções de falha básica de Balint e do falso *self* de Winnicott.

<sup>277</sup> “Se os choques se sucedem no decorrer do desenvolvimento, o número e a variedade de fragmentos clivados aumentam, (...) como personalidades distintas que não se conhecem umas às outras.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 105).

fisicamente, adquirem os traços fisionômicos da idade e da sabedoria.”<sup>278</sup> (Ferenczi, [1931] 1992b: 78).

Como resultado emerge um pré-amadurecimento decorrente do trauma.<sup>279</sup> A comoção psíquica inesperada, surpreendendo o psiquismo despreparado para suportá-la, tem como efeito, um anestesiamento. “O ‘choque’ é equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do si mesmo [Soi].” (Ferenczi, “Reflexões sobre o trauma”, [Artigos póstumos] 1992b: 109). Ferenczi denuncia o esforço inconsciente para enlouquecer a criança. Além do amor apaixonado e das punições passionais,

“um terceiro meio de se prender uma criança é o terrorismo do sofrimento. As crianças são obrigadas a resolver toda espécie de conflitos familiares, e carregam sobre seus frágeis ombros o fardo de todos os outros membros da família. (...) O medo diante de adultos enfurecidos, de certo modo loucos, transforma por assim dizer a criança em psiquiatra; para proteger-se do perigo que representam os adultos sem controle, ela deve, em primeiro lugar, saber identificar-se por completo com eles. (...) Uma mãe que se queixa continuamente de seus padecimentos pode transformar seu filho pequeno num auxiliar para cuidar dela, ou seja, fazer dele um verdadeiro substituto materno, sem levar em conta os interesses próprios da criança.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 104 e 105).

Em decorrência do choque, novas faculdades emergem: tendem a cercar maternalmente os outros, estendendo os conhecimentos adquiridos sobre o seu próprio sofrimento, tornando-se prestativos em excesso ou ficam “fixados na auto-observação e na hipocondria.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 78). Pode-se falar numa “prematuração (patológica). Pensa-se (...) na maturidade apressada de um fruto bichado.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 104).

Referindo-se às “crianças excessivamente bem educadas”, “esmagadas pelos ideais educativos” que inibem o fantasiar ([1924 b] 1993: 247 e 248), aborda a clivagem como forma de defesa passiva às agressões do mundo externo, afirmando que a ausência de fantasias e da repetição de condutas, deduz-se a precocidade do trauma e a rigidez educacional de efeitos dramáticos (Ferenczi, [1929] 1992 b).<sup>280</sup> A pessoa cindida “numa parte

<sup>278</sup> No artigo sobre o “sonho do bebê sábio”, Ferenczi aborda sonhos em que uma criança recém-nascida ou de berço começa a dar sábios conselhos aos outros adultos ([1923] 1993: 207). Nessas fantasias “a inteligência da infeliz criança comportava-se (...) como uma pessoa à parte, que tinha por tarefa levar rapidamente socorro a uma criança quase mortalmente ferida.” ([1931] 1992b: 77).

<sup>279</sup> “A criança que sofreu uma agressão sexual pode, de súbito, sob a pressão da urgência traumática, manifestar todas as emoções de um adulto maduro” (Ferenczi, [1933] 1992b: 104).

<sup>280</sup> Ver BOLLAS, Christopher. *A estrutura normótica*. Para Bollas, o normótico é um psicótico com características normais, a quem falta uma vida emocional e imaginativa rica e cuja ação está desconectada da vivência subjetiva. Ao se identificar com o discurso dos pais o sujeito aliena-se de sua potencialidade criativa em prol da regra social de conduta. Há uma identificação primária com o discurso da norma. Um tipo psicológico fundamentado numa relação infantil com os pais, em que o sujeito torna-se ele mesmo objeto, sendo mais um entre outros.

sensível, brutalmente destruída, e uma outra que, de certo modo, sabe tudo mas nada sente.”<sup>281</sup> (Ferenczi, [1931] 1992b: 77).

Centrado na noção de “auto-clivagem narcísica”, de fragmentação do eu resultante de “reações consecutivas a um trauma que não se inscreve psiquicamente”, Ferenczi concebe-a como “uma estratégia de sobrevivência – a destruição de uma parte de si para possibilitar a sobrevivência do resto.” (Lejarraga, 1996: 94). Estratégias de sobrevivência forjadas a partir de experiências traumáticas. A autoclivagem manifesta-se através da pré-maturação patogênica de parte do *self*, uma “progressão traumática” como modo de reação ao trauma (Ferenczi, [1933] 1992b). Concepção que vai ser desenvolvida por Balint (a *falha básica*) e Winnicott (o falso *self*).

## 6.2 Balint: a teoria do amor primário<sup>282</sup>

“(…) a mente humana consiste-se de partes muito envolvidas na relação com o outro.”

*Balint, 1959: 51*

Balint desenvolveu a teoria do amor primário, a partir de sua experiência clínica e das noções de amor objetal passivo (o estágio da ternura) de Ferenczi e de identificação em Freud.<sup>283</sup> Essa relação primitiva ativa a busca de um restabelecimento harmonioso com o entorno e mostra que a vida erótica tem como finalidade ser amado.

As idéias de Balint sobre os modos primitivos de relação de objeto (amor primário, filobatismo e ocnofilia), partiam de noções fundamentais anunciadas por Ferenczi em “Thalassa” ([1924 c] 1993)<sup>284</sup> e desenvolvidas a partir de suas críticas à técnica ativa (1926c) e do estudo intensivo da relação analítica (a partir de 1928b e c). A teoria da relação objetal de Balint contrapõe-se à concepção do narcisismo primário freudiano.<sup>285</sup>

<sup>281</sup> Processo que se exprime através de fantasias e sonhos “em que a cabeça, ou seja, o órgão do pensamento, separada do resto do corpo, caminha com seus próprios pés, ou só está ligada ao resto do corpo por um fio” (Ferenczi, [1931] 1992b: 77). Remete-nos mais uma vez à noção de falso *self* de Winnicott e à dissociação entre a mente e o psique-soma).

<sup>282</sup> Apoio-me nesse capítulo, além da bibliografia mencionada, nos cursos do Prof. Jurandir Freire Costa: sobre Ferenczi e Balint, 1997 e “Sujeito e ação em Balint”, 2002-I e no IMS/UERJ.

<sup>283</sup> Freud já desenvolvera a idéia “de que a capacidade de sentir um amor objetal era precedida de um estágio de identificação. Qualificarei esse estágio como o do amor objetal passivo, ou estágio da ternura. Índícios do amor de objeto já podem aparecer mas somente enquanto fantasia, de forma lúdica.” (Ferenczi, [1933] 1992: 103).

A noção de amor objetal passivo já está presente em *Thalassa*, o oceano primordial, “do qual o líquido amniótico é uma reprodução simbólica (...) é a mãe que se torna símbolo do oceano primordial, e não o contrário.” (Sabourin, 1988: 81).

<sup>284</sup> Ver o capítulo III de “Thalassa”: “O desenvolvimento do sentido de realidade erótica e seus estágios”.

<sup>285</sup> Foi desenvolvida através dos artigos “Amor objetal primário” (1949) e “Expansões amigáveis e espaços vazios assustadores” (1955), sistematizada em *Thrills and regressions* (1959) e sintetizada em *A Falha básica*

Balint propõe o abandono da teoria freudiana do narcisismo primário por considerá-la contraditória e improdutiva. Para ele todo narcisismo é secundário quanto à relação mais primitiva da mistura interpenetrante: “desde o começo, existe a relação com o entorno de uma forma primitiva e que a criança pode dar-se conta e responder a qualquer mudança considerável nele.” (Balint, [1968] 1993: 56 e 57).

Mesmo nos estados regressivos do sono profundo sem sonhos e da esquizofrenia, “o ponto de fixação, ao qual tende a regressão, não seria necessariamente o narcisismo primário, mas uma forma muito primitiva de relação, na qual foi intensamente investido um entorno provavelmente indiferenciado.” A natureza regressiva do sono aponta para um estado de harmonia no qual “o entorno ‘sustenta’ o indivíduo”. O recolhimento e a solidão do adormecer expressam a necessidade de “fugir às pressões das relações comuns, para recapturar uma forma de relação mais primitiva e satisfatória com os objetos”<sup>286</sup> (Balint, [1968] 1993: 53).

Para Balint, a retirada do esquizofrênico mostra que ele possui um laço mais íntimo e é muito mais dependente de seu entorno do que o ‘normal’ ou o ‘neurótico’.” ([1968] 1993: 49). Nela é possível um outro tipo de relação, não triangular ou edípica, mas bipessoal, muito primitiva.<sup>287</sup> A mãe esquizofrenizante só relaciona-se com o filho a partir dos cuidados práticos, sem estabelecer vínculo afetivo com o seu mundo subjetivo. Sem conseguir entrar em harmonia com ele, ama-o excessiva mas condicionalmente: “o que a criança não consegue encontrar é a condição para seu amor.” (Hill, 1955<sup>288</sup>, apud Balint, [1968] 1993: 49).

Harmonia aqui significa: articulação necessária, relação de alteridade, adequação pré-reflexiva e pré-qualificada.<sup>289</sup> É quase impossível sua descrição adequada uma vez que “pertencem a um período em que as palavras ainda não existem.” (Balint, 1959: 65).<sup>290</sup> Não

([1968] 1993). Este, editado originalmente em 1968 pela Tavistock, foi reimpresso em 1979, quando Enid Balint considerou-o ainda mais relevante, dada sua atualidade em as “novas patologias” que emergiam no cenário contemporâneo. Alguns capítulos, já publicadas como artigos, foram reorganizados e reunidos nesse livro: “The three areas of the mind”, in: *Int. J. Psycho-Analysis*, v. 39, 1958; “Primary narcissism and primary love” (1960); “The regression patient and his analyst”, in: *Psiquiatria*, v. 23, 1960 e “The benign and the malignant forms of regression” (1965). Ver nota 35, p. 89.

<sup>286</sup> Objetos transicionais - camas e travesseiros confortáveis, p.ex. - são representantes de objetos internos que derivam de contatos precoces com o entorno: “a regressão do adormecido é para aquele mundo e não para o do narcisismo primário, do qual não há entorno com o qual se relacionar.” (Balint, [1968] 1993: 45 e 46).

<sup>287</sup> O que permitiu que a suposta inacessibilidade do esquizofrênico ao tratamento analítico fosse ultrapassada na clínica.

<sup>288</sup> HILL, Lewis. “Psychotherapeutic intervention in schizophrenia”. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1955.

<sup>289</sup> Tratam-se de “experiências pertencentes a um período bem anterior - ou além - da descoberta das palavras e até mesmo muito anterior ao aparecimento dos objetos, a partir da harmonia não perturbada com substâncias amistosas.” (Balint, [1968] 1993: 127).

<sup>290</sup> Balint assinala que esse tipo de relação com o entorno foi abordada por Winnicott como “ambiente suficientemente bom” (1941), “mãe devotada comum” (1949), “a preocupação materna primária” (1956), “a função de sustentação da mãe” (1960), “ambiente facilitador” (1963/67). “Margareth Little chamou-o de

precisa ser expressa em palavras, presentifica-se através do clima, da atmosfera, mas contando com as palavras como um elemento de sua criação e manutenção.

A extrema dependência biológica do ser humano expressa bem sua condição psicológica: “O feto, o fluido amniótico e a placenta são uma mistura tão complicadamente interpenetrável de feto e de entorno-mãe” (Balint, [1968] 1993: 60). Sua histologia e fisiologia são desafios aos estudantes de medicina:

“o indivíduo nasce num estado de intensa relação com seu entorno, tanto biológica como libidinalmente. Antes do nascimento, o *self* e o entorno estão harmoniosamente ‘misturados’; de fato, interpenetram-se. (...) ainda não existem objetos, apenas substâncias ou expansões sem limites.” (Balint, [1968] 1993: 61).

Balint postula uma fase do “entorno indiferenciado”, das “substâncias primárias”, da “mistura interpenetrante harmoniosa” antes do aparecimento de um mundo de objetos. A plenitude de bem-estar, “meta final do amor primário e, de fato, de todo esforço humano”, se dá quando os “desejos são automaticamente satisfeitos”, sem que se sinta “nenhuma necessidade” (Balint, 1959: 52 e 64). A qualidade fundamental desse estado - experienciado no êxtase religioso, na criação artística e em períodos regressivos do tratamento analítico - é a identificação entre o indivíduo e seu ambiente, o micro e o macrocosmo.<sup>291</sup> Um estado que permite “sentir, real e verdadeiramente, que foi eliminada toda a desarmonia, estando, naquele instante, ele e todo o seu mundo unidos em uma compreensão não perturbada, em uma mistura interpenetrante completamente harmoniosa.” (Balint, [1968] 1993: 68).

O entorno como uma alteridade a qual se articula por necessidade, não ainda matéria nem objeto, mas substância. A principal característica das substâncias primárias que permitem a experiência do entorno indiferenciado é, ao contrário dos objetos, a sua indestrutibilidade pelo sujeito. “Um bom exemplo na vida adulta desse estágio primário é nosso relacionamento com o ar que nos envolve.” Um não eu, distinguido pela sensibilidade, que não é exterior, não é um objeto, mas uma substância, sem contornos precisos (como a temperatura em relação à regulação térmica). Contido em nossos pulmões faz parte de nós e do mundo exterior, simultaneamente.<sup>292</sup> “Ele deve estar lá porque simplesmente não podemos viver sem ele”

---

‘unidade básica’ (1961), enquanto M. Khan propõe (1963) ‘concha protetora’ e R. Spitz, ‘mediador de entorno’ (1965), enquanto M. Mahler preferiu (1952) ‘matriz extra-interina’.” (Balint, [1968] 1993: 154).

<sup>291</sup> “Essa *unio mystica*, o restabelecimento da mistura interpenetrante harmoniosa, entre o indivíduo e as partes mais importantes de seu entorno, seus objetos de amor, é o desejo de toda a humanidade.” (Balint, [1968] 1993: 67). Compara-a ao sentimento oceânico de Freud.

<sup>292</sup> O peixe dentro d’água, símbolo arcaico e freqüente, também exemplifica bem essa relação primária do sujeito com o seu entorno.

(Balint, 1959: 66). Usamo-lo para nossas finalidades, sem prestar atenção e nem sequer notando-o.<sup>293</sup>

“(...) precisamos dele e enquanto ele existir, em quantidade e qualidade suficientes, não lhe damos nenhuma atenção. Esse tipo de entorno simplesmente deve estar ali, e enquanto estiver (...) damos como certa sua existência, não o considerando como um objeto, isto é, separado de nós; simplesmente o utilizamos.” (Balint, [1968] 1993:60).

Uma forma primitiva de amor objetal, em que o objeto, tido como certo, não precisa ser conquistado, e atende o sujeito em seu estado de onipotência.<sup>294</sup>

“Desde que os cuidados com o bebê não sejam deficientes ou insensíveis demais, partes do entorno poderão conservar algo de seu investimento primário original, tornando-se o que chamei de objetos primários, sendo sempre diferente a relação com eles e com seus derivados na vida futura, isto é, uma relação mais primitiva do que a relação com qualquer outra coisa.” (Balint, [1968] 1993: 62).

Nesse mundo harmonioso do amor primário não há conflitos entre o sujeito e seu entorno, sendo satisfeitas simultaneamente suas necessidades pulsionais e de seus objetos primários. Uma boa adaptação entre mãe e bebê gera gratificação para ambos: “O alimentando e sendo alimentado, o abraçando e sendo abraçado, o que ocorre é um único e mesmo evento” (Balint, [1968] 1993: 103).

A mãe, enquanto objeto primário, permite a transição entre substâncias e objetos. Na medida em que a dependência do bebê ao seu entorno vai diminuindo, os “objetos, inclusive o ego, começam a emergir da mistura de substâncias e da ruptura da harmonia das expansões sem limites.” (Balint, [1968] 1993: 61). Há uma mudança progressiva e radical, “forçando - sob uma verdadeira ameaça de morte - a uma nova forma de adaptação”, acelerando consideravelmente a autonomia do indivíduo e seu entorno. O sujeito, antes imerso nas substâncias primárias, vivencia a “descoberta da existência de objetos firmes, separados, independentes” que “destrói esse mundo” e provoca transformações (Balint, 1959: 67 e 68). Os objetos resistem, têm limites e contornos definidos, se opõem, podem ser obstáculos à ação, sobre o qual podemos imprimir nossa força ou servir como objetivo, meta.

Para Balint, o sujeito vai insistentemente tentar transformar objetos em substância, tentando assimilá-los, torná-los sintônicos, harmônicos, tendência que jamais é totalmente alcançada novamente. Através da experiência do prazer da motilidade e da criatividade busca-se conquistar o mundo para restabelecê-lo como substância, familiarizando o mundo. Na

<sup>293</sup> Winnicott desenvolve a noção de uso de objeto. Ver, pp. 120 e 121.

<sup>294</sup> Winnicott vai se aprofundar na importância da experiência dos momentos de ilusão e da onipotência infantil. Ver, a seguir, pp. 111 a 113.

tentativa de lidar com a realidade de modo a restabelecer a relação com a substância vai sendo modulada a nossa subjetividade e o nosso sintoma. Somos constituídos por todas as marcas das relações com os objetos do mundo e das estratégias criadas para a formação e expansão do *self*.<sup>295</sup>

### 6.2.1 A ruptura da mistura harmoniosa e as relações de objeto ocnofílica e filobática

A descoberta traumática de um mundo de objetos gera, segundo Balint, dois tipos de resposta: a ocnofílica e a filobática. Estratégias para tentar resgatar a harmonia na relação com o objeto que se quer substância, a ocnofilia e o filobatismo expressam dois modos de reação muito primitivos da experiência humana. Em seu dinamismo implicam em segurança e curiosidade, e encontram-se presentes em várias gradações e combinações.

“No mundo ocnofílico, o investimento primário, embora misturado com uma grande dose de angústia, parece aderir aos objetos emergentes; estes são sentidos como seguros e tranqüilizadores, ao passo que os espaços entre eles são considerados ameaçadores e temíveis. No mundo filobático, as expansões sem objeto retêm o investimento primário original e são considerados como seguras e amistosas, enquanto que os objetos são percebidos como perigosos traiçoeiros.”<sup>296</sup> (Balint, [1968] 1993: 61).

A reação ocnofílica à emergência dos objetos caracteriza-se por um superinvestimento nas relações objetais, nas quais “o objeto é sentido como um importante suporte vital”, herdando o investimento nas substâncias primárias (Balint, [1968] 1993: 63):

**“(...) no relacionamento com objetos ocnofílicos encontram-se todos os fatores descritos como características do amor primário. A demanda pelo objeto é absoluta. Se a necessidade for sentida o objeto tem de estar lá; mais ainda, em caso de necessidade, nenhum respeito, consideração, preocupação é devida ao objeto, ele é simplesmente tido como garantido.” (Balint, 1959: 33).**

A relação de objeto ocnofílica caracteriza assim um estágio anterior à posição depressiva kleiniana, ou a fase do *concernimento*<sup>297</sup> de Winnicott. Baseia-se na ilusão dos objetos serem confiáveis, estando sempre presentes quando necessários, sem resistirem a serem usados: “O mais querido desejo de cada um de nós é nosso ambiente ir de encontro

<sup>295</sup> Baseado em anotações de aula do curso “Sujeito e ação em Balint”, do Prof. Jurandir Freire Costa, no IMS/UERJ, 2002-I.

<sup>296</sup> “As coisas a que nos agarramos - os objetos ocnofílicos - aparecem num primeiro momento como símbolos de segurança; isto é, a segura e amável mãe.” (Balint, 1959: 28). É comum o filobata carregar com especial afeição um objeto ocnofílico magicamente reforçando a própria potência e auto-confiança.

<sup>297</sup> Sobre o neologismo *concernimento*, ver, a seguir, nota 352, p. 119.

com nossos desejos - especialmente nosso desejo de segurança - sem termos de pedir por eles.” (Balint, 1959: 34).

O ocnofílico vive a ilusão de estar seguro confiando que, de modo incondicional, “seu objeto escolhido irá se apegar a ele e protegê-lo contra o mundo vazio, estranho e possivelmente perigoso” - o que contribui para a inibição do desenvolvimento das habilidades pessoais e da autonomia<sup>298</sup> (Balint, 1959: 35).

Qualquer ameaça de separação “cria uma intensa angústia e a defesa mais freqüentemente utilizada é a adesividade.” (Balint, [1968] 1993: 63). Assim, a ambivalência e frustração são inerentes à relação de objeto ocnofílica. Os objetos são necessários mas como não são confiáveis, precisam ser controlados, agarrados.

“O mundo inteiro é diferente para o filobata.” (Balint, 1959: 34). Desde a década de 50, com a contribuição de Balint, foi descrito esse segundo tipo de relação primitiva com os objetos, ou melhor, com o entorno - sendo a relação ocnofílica conhecida e bem desenvolvida pela teoria psicanalítica. O filobata superinveste suas próprias funções do ego, desenvolvendo habilidades para manter-se sozinho, renegando como secundária a participação dos objetos, considerados indiferentes, perigosos, imprevisíveis, devendo ser evitados ou tratados como um equipamento a ser carregado ou descartado. Busca “recuperar a liberdade de movimentos e a harmonia com as expansões sem objeto, tais como montanhas, desertos, mar, ar, etc., todos pertencentes à categoria de objetos primários em potencial - ou, mais corretamente, substâncias primárias” (Balint, [1968] 1993: 63).

Compelido pela necessidade de ver o mundo a sua volta, uma amigável extensão que percorre por conta própria, o filobata busca a transformação de objetos indiferentes e hostis em parceiros. Quanto mais se atreve a se afastar da segurança, maior a excitação e a sensação de independência. A ilusão do filobata é pensar, com um otimismo injustificado, que além de suas habilidades e de seu próprio equipamento, não necessita de nenhum outro objeto em particular.

A percepção da descoberta dos objetos apoia-se basicamente nos sentidos da visão e do tato que encontram-se subdesenvolvidos no período neo-natal uma vez que necessitam de considerável coordenação muscular. Junto com a audição são sentidos projetivos que permitem construir, localizar ou sentir o objeto fora do corpo seja à distância (visão e

---

<sup>298</sup> A palavra grega *ἀχνέω*, escolhida para descrever essa atitude, significa: agarrar-se a, aderir a; retroceder, abster-se; hesitar; com o sentido implícito que aponta para o medo.

audição) ou na superfície (tato).<sup>299</sup> “Enquanto o mundo ocnofílico é estruturado através da proximidade física e do toque, o mundo filobático é estruturado por uma distância segura e pela visão.”<sup>300</sup> (Balint, 1959: 34).

As concepções ocnofílica e filobática de mundo baseiam-se em falhas e omissões no teste de realidade<sup>301</sup> mostrando que “todos misturam a realidade externa com o mundo interno” (Balint, 1959: 49). Tanto a crença do ocnofílico de que seus objetos são seguros, poderosos e amáveis, como a confiança do filobata em suas habilidades para lidar com os perigos, são exageradas. Diferem nas interpretações que dão às percepções do objeto, baseados em experiências pessoais anteriores absolutamente convincentes para cada um.

### 6.2.2 A falha básica

Balint elabora teoricamente a falha básica, a partir da teoria do trauma retomada por Ferenczi. O nível da falha básica até então referido como pré-edípico, pré-genital, pré-verbal, foi denominado por Balint por suas próprias características, mais simples que as condições presentes no complexo de Édipo, podendo coexistir com este. Nele emergem

“sintomas ruidosos e intensos, sugerindo processos de natureza altamente agressiva e destrutiva, ou profundamente desintegrada, isto é, como se o mundo inteiro, inclusive o *self*, estivesse rompido, ou como se o sujeito tivesse sido englobado por impulsos agressivos - destrutivos puros e não mitigados.” (Balint,[1968] 1993: 63).

A concepção de Balint a respeito da unidade psicossomática do ser humano, sua *psicorporeidade*, explicita-se quando situa a origem da falha básica<sup>302</sup> na discrepância entre as

<sup>299</sup> Ao contrário, o olfato e o paladar já operantes por ocasião do nascimento, não constituem uma projeção: são sentidos interoceptivos e estão relacionados não tanto com objetos mas com substâncias. O que ocorre também com o senso de temperatura que constitui uma transição entre os sentidos baseados na propriocepção e os de projeção, refletindo tanto uma característica do ambiente quanto do interior.

<sup>300</sup> Na presença de medo e ansiedade a reação do ocnofílico é de se aproximar ao máximo de seu objeto e fechar os seus olhos para não ver o perigo. A reação do filobata é oposta, encarando o perigo e afastando-se dos objetos que lhe oferecem uma falsa segurança.

“Ao contrário do *insight*, que é o resultado de uma interpretação correta, a criação de uma relação adequada é decorrente de uma sensação; enquanto que o *insight* está relacionado com ‘o ver,’ a ‘sensação’ está relacionada com o tato, isto é, com a relação primária ou ocnofilia.” (Balint, [1968] 1993: 149).

Apesar de aqui aproximar a relação primária à ocnofilia, Balint claramente as distingue: “A técnica psicanalítica - e a teoria - ficaram tão impressionadas com a intensidade dos fenômenos ocnofílicos encontrados na situação analítica, que concentraram neles seu interesse, negligenciando quase completamente as também relações primárias e filobáticas.” (Balint, [1968] 1993: 155).

<sup>301</sup> Percepção e interpretação do objeto e reação apropriada.

<sup>302</sup> O termo falha refere-se, em geologia, a uma irregularidade latente na estrutura, que sob pressão pode romper, alterando profundamente essa estrutura. Ao invés de algo represado a vir à superfície, ou um conflito a ser resolvido, uma falha apresenta uma deficiência a ser corrigida.

necessidades psico-fisiológicas do indivíduo em suas fases formativas precoces, e o cuidado físico, psicológico e afetivo disponível. Tal discrepância precoce gera um estado de deficiência que compromete a estrutura psicobiológica, envolvendo tanto o psiquismo quanto o organismo somático, acarretando “graves repercussões, podendo até mesmo ameaçar sua vida.”<sup>303</sup> Manifesta-se através de “cuidado insuficiente, deficiente, aleatório, excessivamente angustiado, super protetor, severo, rígido, muito inconsistente, inoportuno, superestimulante ou apenas sem compreensão ou indiferente.”<sup>304</sup> Se a resposta do objeto demora ou não vem, quebra-se o sentimento de continuidade de existência, instaurando-se a falha básica, uma cicatriz que não se restaura (Balint, [1968] 1993: 20, 52 e 60).

Apesar de poder contar algumas vezes com um ou outro adulto aliado, “com muito mais freqüência, é o indivíduo imaturo e fraco quem precisa lidar com a situação traumática, por sua própria conta”. A criança descobre “seu próprio método de lidar com o trauma, método encontrado em seu desespero” e desenvolve-se limitada por sua falha básica e por esse método incorporado: “tudo o que ultrapassar ou contrariar tais métodos irá afetá-lo, como uma proposição assustadora e mais ou menos impossível.” (Balint, [1968] 1993: 83, nota 1).

“A partir de então, seu desenvolvimento passa a ser influenciado fundamentalmente pelo modo desenvolvido para lidar com o efeitos desse trauma - sua falha básica. Evidentemente, nem sempre esse trauma é um evento único; ao contrário, com freqüência, está ligado a uma situação de certa duração, provocada por uma dolorosa divergência - uma falta de ‘adaptação’ - entre o indivíduo e seu entorno. Em geral, o indivíduo ainda é criança, sendo seu entorno um mundo de adultos.” (Balint, 1993: 83).

### 6.3 Winnicott: a dependência e o funcionamento psíquico precoce<sup>305</sup>

Um bebê é algo que não existe  
*Winnicott*

<sup>303</sup> Quando a relação com parte do entorno ou com um objeto estiver em contraste doloroso com a harmonia anterior, a libido retorna ao ego na tentativa de recuperar a sensação de unidade. “Essa parte da libido seria definitivamente narcisista, mas secundária ao investimento original do entorno.” (Balint, [1968] 1993: 61).

<sup>304</sup> Na verdade, Balint oscila entre caracterizar a falha básica como resultante da ruptura da mistura harmoniosa em uma situação normal, desencadeando as estratégias onofílica ou filobática, e como origem de uma psicopatologia, na fase do amor primário. Optamos por sua visão predominante, considerando a falha básica como resultado dessa discrepância entre as necessidades do sujeito e os cuidados físicos, afetivos e psicológicos oferecidos pelo entorno (Balint, [1968] 1993: 20).

<sup>305</sup> Além da bibliografia mencionada baseio-me também nos “Seminários de estudos clínicos-teóricos”, coordenados por Sylvio Goldfeld, no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, entre 1998 e 2000, e nos cursos do Prof. Carlos Alberto Plastino, no IMS/UERJ: “Corpo e afeto na teoria psicanalítica”, 2002-I; “O mal estar na cultura em Freud e Winnicott”, 2003-I e II.

Quando deixou de se concentrar apenas nas psiconeuroses resultantes do conflito edípiano, Winnicott deparou-se com algumas limitações da teoria clássica.<sup>306</sup> “Dificuldades anteriores que vinham à tona eram tratadas em análise como regressão a pontos de fixação pré-genitais, mas a dinâmica vinha do conflito do complexo de Édipo”. Em sua prática, inúmeras histórias clínicas revelavam dificuldades no desenvolvimento emocional primitivo. “Algo estava errado em algum lugar. (...) pude confirmar a origem das neuroses no complexo de Édipo, mas mesmo assim sabia que as dificuldades começavam antes.” (Winnicott, [1962] 1983: 157).<sup>307</sup> Elaborou sua teoria do desenvolvimento emocional, dedicando-se “à exploração verbal daquilo que é pré-verbal na história do indivíduo”, investigando cotidianamente “os fundamentos da maturidade emocional até os primórdios do *self* nos primeiros dias de vida” (Davis, 1982: 13 e 33).

Em 1940, Winnicott afirmou na sociedade britânica que “*Um bebê é algo que não existe*, querendo dizer, naturalmente, que sempre que encontramos um bebê, encontramos a maternagem, e que, sem a maternagem, não existiria bebê algum.” (Khan, 1993: 42). Complementaria mais tarde: “se vocês tentarem descrever um bebê, vocês descobrirão que estou descrevendo um *bebê e alguém*. Um bebê não pode existir sozinho, mas é, essencialmente, parte de uma relação” (Winnicott, [1949] 1964<sup>308</sup>, apud Davis, 1982: 49).

Enfatizou distintas dimensões da interdependência entre subjetividade e intersubjetividade. A condição de desamparo estrutural do bebê humano implica a dependência absoluta de um ambiente facilitador. Na ausência do papel desempenhado pela mãe o sujeito não se constitui. Ele “não pode começar a *ser*, exceto sob certas condições (...) o potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno.” (Winnicott, [1961] 1983: 43).

O estudo da função materna é inseparável dos processos psíquicos da primeira infância. Ao enfatizar o desenvolvimento emocional, Winnicott investigou a qualidade “dos recursos ambientais (maternos) para a personalização do potencial psíquico e pulsional do bebê no sentido da plenitude do *self*. A essência da experiência infantil reside na sua *dependência* do cuidado materno (ambiental).” O paradoxo da relação primitiva está em que “o ambiente (mãe) *torna possível o self em formação* do bebê.” A mãe cuida de seu filho, “o *frui e o cria*: não só no interior somático do seu útero mas também nos primeiros estádios da

<sup>306</sup> “(...) nos anos 20, tudo tinha o complexo de Édipo em seu âmago.” (Winnicott, [1962] 1990a: 157).

<sup>307</sup> Percebe que o período até os 18 meses é crucial para o posterior desenvolvimento do indivíduo. Para Winnicott, quem alcançou o Édipo já tem um lastro significativo de saúde.

<sup>308</sup> Winnicott, D.W.. “Further thoughts on babies as persons” (1949), in: *The child, the family*,..., op. cit..

descoberta e da percepção *do que lhe foi dado* de forma inata, e da pessoa que ele, *com tempo*, se diferenciara e se efetivará.” (Khan, 1993: 43, grifos do autor).

Winnicott classifica a *dependência* infantil em três estágios. Na dependência absoluta o bebê não dispõe de meios para tomar conhecimento da maternagem, não tem qualquer controle sobre ela, estando apenas sujeito a se beneficiar ou sofrer perturbação. Na dependência relativa o bebê já “pode se dar conta da necessidade de detalhes do cuidado materno, e pode de modo crescente relacioná-los ao impulso pessoal”<sup>309</sup>. No último estágio, rumo à interdependência<sup>310</sup>, a criança “desenvolve meios para ir vivendo sem cuidado real.” O que permite sair da dependência absoluta é a internalização da função materna, “através do acúmulo de recordações do cuidado, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, com o desenvolvimento da confiança no meio.” (Winnicott, [1960a] 1983: 46). Para ele, só pode ser interdependente quem tiver vivenciado a dependência.

Da dependência absoluta até a dependência relativa, Winnicott descreve três processos principais: a integração, a personalização e o início das relações objetais<sup>311</sup>. É através da maternagem suficientemente boa que se dão os processos de integração e personalização que formam uma unidade complexa, constituindo e consolidando “uma vida psicossomática” (Winnicott, [1963c] 1990a: 72). Comprometimentos nesses processos de integração do ego (formando núcleos dissociados) e de personalização (distorcendo a relação entre psiquê e soma) levam a patologias graves.<sup>312</sup> Estas etapas não necessariamente consecutivas, são interdependentes e têm superposições, sendo alcançadas, momentaneamente perdidas e retomadas. Para Winnicott, ao final dos seis primeiros meses estariam consolidadas, num desenvolvimento sadio, alertando contudo, que “a maioria dos processos que se iniciam no início da infância nunca estão completamente estabelecidos e continuam a ser reforçados pelo crescimento que continua posteriormente na infância e através da vida adulta, até mesmo na velhice.” (Winnicott, [1963a] 1990a: 71).

A seguir exponho os estágios da dependência e os processos do desenvolvimento emocional primitivo, tais como concebidos por Winnicott.

<sup>309</sup> “(...) e mais tarde, num tratamento psicanalítico, pode reproduzi-los na transferência.” (Winnicott, [1960], 1983: 46).

<sup>310</sup> “A independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes.” (Winnicott, [1963] 1990a: 80).

<sup>311</sup> “(...) apreciação do tempo e do espaço e de outras propriedades da realidade - em suma, realização.” (Winnicott, [1945] 1993: 278).

<sup>312</sup> No caso da esquizofrenia e dos *border lines* os processos de integração e personalização encontram-se prejudicados, resultando em cisão, despersonalização e auto-referências deformadoras do corpo.

### 6.3.1 O potencial herdado e o psique-soma: os processos de integração e de personalização

A existência humana imersa na intersubjetividade foi o paradoxo ao qual Winnicott dedicou a vida. Partia do postulado “que cada ser humano, dado um ambiente facilitador, contém intrinsecamente o impulso para o crescimento em direção à maturidade, tanto emocional quanto física”, mostrando sua crença vitalista. Este impulso era “a fonte natural da espontaneidade e da criatividade, indispensáveis a uma vida que valha a pena ser vivida” (Davis, 1982: 19 e 20).

Para Winnicott, é impossível pensar o sujeito sem o ambiente e sem sua corporeidade. “O verdadeiro *self*, uma continuidade da existência, em casos saudáveis, se baseia no crescimento do psique-soma.” (Winnicott, [1949b] 1993: 424). Nos primórdios da vida o psique-soma traz um potencial herdado.

“O que existe é um conjunto anatômico e fisiológico, e a isto se acrescenta um potencial para o desenvolvimento de uma personalidade humana. Há uma tendência geral ao crescimento físico, e uma tendência ao desenvolvimento da parte psíquica da parceria psico-somática; tanto nas áreas físicas como psicológicas há tendências herdadas, e estas tendências herdadas do lado da psique incluem aquelas que conduzem à integração ou à consecução de uma totalidade.” (Winnicott, 1968<sup>313</sup>, apud Davis, 1982: 51).

A perspectiva vitalista é marcante no trabalho de Winnicott. Para ele, o ser humano nasce com um potencial de vitalidade que permite o estabelecimento de uma relação criativa com o mundo, se houver um ambiente facilitador, suficientemente bom, que permita o desenrolar do processo maturativo e se não ocorrerem interferências traumáticas. No nascimento estão presentes a constituição hereditária, “o ambiente, que apóia ou falha e traumatiza” e “o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo.” Winnicott privilegiou focar o potencial herdado, “a tendência inerente do indivíduo a crescer, a se integrar, a se relacionar com objetos, a amadurecer.” (Winnicott, [1959-1964] 1990a: 125 e 126).<sup>314</sup>

A existência de um ambiente-suporte, evitando imposições e intrusões, permite que o potencial herdado vá se transmutando em sentimento de continuidade da existência: “Em outras palavras, a base para o estabelecimento do ego é um suficiente ‘continuar a ser’, que não foi interrompido por reações à invasão.” (Winnicott, [1956a] 1993: 496).

---

<sup>313</sup> Winnicott, “Communication between infant and mother, mother and infant, compared and contrasted”, in: *What is Psychoanalysis?* Londres: Balliere, Tindall and Cassel: 1968.

<sup>314</sup> Ver também Winnicott, “Communication between ...”, in: *What is Psychoanalysis?*, op. cit..

A base de sua teoria do desenvolvimento é o sentimento de continuidade da existência que

“se inicia antes do nascimento real do bebê; continuidade esta que traz consigo a idéia de que nada do que foi parte da experiência do indivíduo é ou pode ser, em qualquer época, perdido para este indivíduo, mesmo que, de formas muito variadas e complexas, se possa e na realidade se torne não disponível à consciência.” (Winnicott, 1968<sup>315</sup>, apud Davis, 1982: 51).

A integração do ego tem como fundamento o sentimento de continuidade da existência, que permite a afirmação de um “eu sou”. Os primeiros momentos do “eu sou” contém uma expectativa diante do “outro-que-não-eu” e a sensação de estar infinitamente exposto. O bebê se apóia no ambiente que lhe propicia o suporte para obter segurança. “Somente se alguém dá segurança ao bebê segurando-o nos braços, nesta ocasião, o EU SOU (como momento) pode ser agüentado, ou talvez ao invés disto, arriscado.” (Winnicott, [1955] 1965<sup>316</sup>, apud Davis, 1982: 69).

A integração parte dos elementos motores e sensoriais que fundamentam o *self*: “os rudimentos de uma elaboração imaginária de exclusivo funcionamento do corpo devem ser pressupostos se se pretende afirmar que este novo ser humano começou a existir e começou a adquirir experiências que podem ser consideradas pessoais.” (Winnicott, [1962a] 1990a: 59). A motilidade e a sensibilidade remontam aos primórdios da vida fetal<sup>317</sup>, mas a integração do “eu sou” só pode ocorrer no ambiente oferecido pela mãe suficientemente boa, na etapa da dependência absoluta, envolvendo uma adaptação ótima.<sup>318</sup>

Na concepção winnicottiana a experiência psicossomática é fundamental na constituição do sujeito humano. No desenvolvimento encontramos um corpo, “não se devendo distinguir entre a psique e o soma (...) a palavra psique aqui significa a elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas, isto é, da vivência física.”<sup>319</sup> Elaboração primitiva que permanece inacessível à consciência mas que permite que o mundo interno emerja, fundamentado em uma experiência cada vez mais ampla e na maturação biológica correspondente. Quando ocorre um desenvolvimento satisfatório nos primórdios da existência

<sup>315</sup> Winnicott, “Communication between ...”, in: *What is Psychoanalysis?*, op. cit..

<sup>316</sup> WINNICOTT, D.W.. “Group influences and the maladjusted child: the school aspect” [1955], in: *The family and individual development*, ..., op. cit..

<sup>317</sup> A partir do segundo mês de gestação, segundo Winnicott.

<sup>318</sup> A noção de *optimum* está bem presente na obra de Ferenczi. Ver, acima, p. 92.

<sup>319</sup> “A elaboração imaginativa da experiência somática, a psique, e para aqueles que usam o termo, a alma, depende do cérebro intacto, como sabemos (...) Mas não localizamos a psique em nenhum lugar, nem mesmo no cérebro do qual ela depende.” (Winnicott, [1949b] 1993: 422 e 424).

psicossomática, “a mente não existe como uma entidade no esquema de coisas desse indivíduo, não sendo mais que um caso especial do funcionamento do psique-soma.” ([1949b] 1993: 410 e 411).<sup>320</sup> Winnicott percebe a psique, em seus primórdios, como a elaboração imaginativa da experiência somática: “o self se acha localizado no corpo” (Winnicott<sup>321</sup>, apud Khan, 1993: 45).

Nos primórdios, o psique-soma depende totalmente do ambiente (“inicialmente a necessidade é absoluta”). A “saúde, no desenvolvimento inicial do indivíduo, leva a uma continuidade de existência. O psique-soma inicial prossegue ao longo de uma certa linha de desenvolvimento, contanto que sua continuidade de existência não seja perturbada”.<sup>322</sup> Nessa fase o amor é expresso e sentido através dos cuidados corporais. “No início, o meio ambiente (psicológico) bom é físico, com o bebê no útero ou no colo, geralmente sendo atendido” (Winnicott, [1949b] 1993: 412). Só com o passar do tempo outras dimensões do ambiente passam a ter sentido: a emocional, a psicológica, a social. A sociabilidade constituinte do ser humano instaura-se através de uma relação corporal com o ambiente.

Winnicott articula a psique e o soma, o desenvolvimento emocional e corporal, evitando “opor o mental e o físico, pois ambos não são feitos do mesmo material. Os fenômenos mentais são complicações de importância variável na continuidade de existência do psique-soma, naquilo que se soma ao ‘self’ do indivíduo.” (Winnicott, [1949b] 1993: 425). A elaboração imaginativa da experiência física é a capacidade que inaugura, nos primórdios da sensação, a percepção e a consciência de si.

“Gradualmente, os aspectos de psique e de soma que a pessoa em crescimento possui envolvem-se em um processo de inter-relação mútua. Essa inter-relação entre a psique e o soma constitui uma fase inicial do desenvolvimento do indivíduo.<sup>323</sup> Em um estágio posterior, o corpo vivo, com seus limites, e com um interior e um exterior, é sentido pelo indivíduo como formando o cerne do self imaginativo.” (Winnicott, [1949b] 1993: 411).

---

<sup>320</sup> “O curioso atualmente é que de novo, no pensamento médico científico, o cérebro foi igualado à mente, que um certo tipo de doente sente como uma inimiga, e uma coisa dentro do crânio. O cirurgião que faz uma lobotomia pré-frontal parecia inicialmente estar fazendo o que o paciente pede, isto é, estar aliviando o paciente da atividade mental, a mente tendo se tornado a inimiga do psique-soma. Entretanto, podemos ver que o cirurgião é presa da falsa localização, feita pelo paciente, da mente na cabeça, com sua conseqüência, o igualamento de mente e cérebro. Ao fazer seu trabalho, ele falha na segunda parte de sua tarefa. O paciente deseja libertar-se da atividade mental que se tornou uma ameaça ao psique-soma, mas depois ele necessita do tecido cerebral em pleno funcionamento para que a existência do psique-soma seja possível.” (Winnicott, [1949b] 1993: 415 e 423).

<sup>321</sup> WINNICOTT, D.W.. “Letter to Mme. Jeannine Kalmanovitch”, in: *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, v.3 (carta a sua tradutora francesa). Ver sua explicação da noção de *self* para ela, a seguir, p. 122.

<sup>322</sup> Winnicott ressalta que através do relaxamento a gestante pode se tornar mais consciente do corpo, ajudando-a “a manter uma continuidade de existência e permite que ela viva como um psique-soma.” (Winnicott, [1949b] 1993: 424).

<sup>323</sup> Nota do autor: “Ver ‘Desenvolvimento emocional primitivo’ ([1945] 1993: 269-285).”

Personalização foi o termo empregado por Winnicott para descrever a constituição da trama psicossomática, o sentimento de habitar o próprio corpo. A “inserção da psique no soma” está baseada na “ligação das experiências funcionais motoras e sensoriais com o novo estado do lactente de ser uma pessoa.” (Winnicott, [1960] 1990a: 45). “A personalização não significa apenas que a psique está colocada no corpo, mas também que, finalmente, à medida que o controle cortical se amplia, o corpo todo se torna o lugar de residência do eu.” (Davis, 1982: 56).

“Tão importante quanto a integração é o desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo. De novo é a experiência pulsional e as repetidas e tranqüilas experiências de cuidado corporal que, gradualmente, constroem o que se pode chamar uma personalização satisfatória.” (Winnicott, [1945] 1993: 276).

“Em circunstâncias favoráveis a pele se torna o limite entre o eu e o não-eu. Dito de outro modo, a psique começa a viver no soma e uma vida psicossomática de um indivíduo se inicia.” Ao estabelecer o “eu sou”, a partir “da conquista da inserção e coesão psicossomática” gera-se uma reação persecutória “inerente à idéia do repúdio do ‘não-eu’, que acompanha a delimitação da unidade do *self* dentro do corpo, com a pele como membrana limitante.” (Winnicott, [1962a] 1990a: 60). Como a integração (a realização do “eu sou”), a personalização (a capacidade de residir no corpo) depende de um suporte ambiental suficientemente bom, sem o qual a relação com a realidade compartilhada (a “realização”) torna-se difícil.

“O manejo descreve a provisão pelo meio que corresponde mais ou menos ao estabelecimento de uma associação psicossomática. Sem manejo ativo e adaptativo suficientemente bons, a tarefa interna pode vir a ser difícil, pode na verdade vir a ser impossível para o desenvolvimento de uma inter-relação psicossomática se tornar estabelecido adequadamente.” (Winnicott, [1962a] 1990a: 60).

Sendo crucial no modelo do desenvolvimento emocional de Winnicott, o manejo acarreta efeitos na coordenação e no tônus muscular. Um manejo suficientemente bom implica que “a pessoa que está cuidando do bebê é capaz de manejar o bebê e o corpo desse bebê como se os dois formassem uma unidade.” (Winnicott, 1969<sup>324</sup>, apud Davis, 1982: 57).

---

<sup>324</sup> WINNICOTT, D.W.. “Human relations” , in: *Physiotherapy*, n. 55. Londres: Chartered Society of Physiotherapists, 1969.

### 6.3.2 A dependência absoluta, o momento de ilusão e a experiência de onipotência

Nesse período inicial é fundamental a existência de uma provisão ambiental adequada, um “meio ambiente propício em termos humanos e em termos de crescimento humano, na medida em que a dependência possui significado.” (Winnicott, [1971d] 1975: 96 e 97). A mãe devotada comum, hábil em adaptar-se ativamente, permite a continuidade da existência. Devido ao seu próprio narcisismo, sua imaginação e suas recordações, percebe intuitivamente “através da identificação, quais são as necessidades de seu bebê.” É através dos cuidados que o ambiente fornece essa adaptação ativa, “no início fisicamente, e logo também imaginativamente”<sup>325</sup> (Winnicott, [1949b] 1993: 412 e 413).

A relação de “interdependência entre sujeito e objeto se torna fundamental para a compreensão analítica da criação e desenvolvimento da subjetividade.” Pensamentos e sentimentos são evocados na mãe quando ela está disponível permitindo que desempenhe adequadamente a função de continente. Assim a identificação projetiva expressa o processo de “criação da subjetividade através da dialética da interpenetração de subjetividades.” (Ogden, 1996: 7 e 40).

“Quando a mãe é capaz de *rêverie*, ela nomeia (dá forma) as vivências do bebê por meio da sua interpretação dos estados internos deste. (...) Os atos da mãe, de perceber a tensão dele, pegá-lo no colo, olhar para ele, alimentá-lo, conversar e cantar para ele, representam facetas de uma ‘interpretação’ da vivência do bebê. (...) Paradoxalmente, a subjetividade do indivíduo pressupõe a existência de dois sujeitos que, juntos, criam uma intersubjetividade por meio da qual o bebê é criado como sujeito individual.” (Ogden, 1996: 41 e 42).

Nos primeiros momentos envolvendo os impulsos do bebê e a capacidade de satisfazê-los da mãe, os “dois fenômenos não entram em relação um com o outro até que a mãe e a criança *vivam uma experiência juntos*.” (Winnicott, [1945] 1993: 279). O verdadeiro *self* só pode se estabelecer através de uma adaptação suficientemente boa às necessidades que permita momentos mágicos de onipotência. A mãe, através da identificação, consegue reconhecer as necessidades do bebê e atendê-las, permitindo que ele tenha um momento de ilusão estruturante, uma vez que proporciona aquilo de que ele necessita. Essa experiência necessária de ilusão proporcionada pela mãe permite que o bebê descubra o mundo externo ao

---

<sup>325</sup> “A saúde mental do indivíduo é construída pela mãe, que, por ser devotada ao filho, é capaz de fazer uma adaptação ativa. Isto pressupõe a existência de um estado básico de relaxamento na mãe, bem como de uma compreensão do modo de vida de cada bebê, que por sua vez, nasce da capacidade materna de se identificar com o filho. Esta relação entre a mãe e o bebê começa antes do bebê nascer e continua, em alguns casos, através do processo do nascimento e para além dele.” (Winnicott, [1949a] 1993: 333).

mesmo tempo que o cria, o que fornece uma base para o sentimento de que a vida vale a pena ser vivida.<sup>326</sup> Com o tempo “desenvolve-se uma crença de que o mundo pode conter o que é desejado e necessitado” (Winnicott, [1949] 1964<sup>327</sup>, apud Davis, 1982: 58 e 59).

Winnicott denominou de apresentação de objeto esse suprimento ambiental feito pela mãe, favorecendo as primeiras relações objetais e estabelecendo uma relação viva entre realidade interna e externa, entre a criatividade primária e o mundo compartilhado. O bebê age sobre o ambiente por necessidade ou impulso, através de gestos e movimentos. Se o ambiente responde de modo sensível, previsível e considerando-o como um ser, o contato com o mundo torna-se criativo.

Nesse período arcaico que está examinando, as pulsões<sup>328</sup> ainda não são sentidas como internas ao bebê: “podem ser tão extern[a]s como o troar de um trovão ou uma pancada.” Só com o tempo, a partir de alguma estruturação do ego, “as exigências do id serão sentidas como parte do *self*, não como ambientais.” A partir daí “a satisfação do id se torna um importante fortificante do ego, ou do *self* verdadeiro, mas as excitações do id podem ser traumáticas quando o ego ainda não é capaz de incorporá-las” (Winnicott, [1960b] 1990a: 129).

O estado de atenção requisitada pelo bebê à mãe é descrito como “preocupação materna primária” e atinge a mulher no final da gravidez e nos primeiros meses após o parto.<sup>329</sup> Designa a capacidade de captação intuitiva e de compreensão empática das necessidades do bebê, a partir de uma experiência concreta da ordem da afetividade,

---

<sup>326</sup> “A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou uma manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente o que a mãe apresenta. Deste modo o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real. A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência.” (Winnicott, [1962a] 1990a: 60).

<sup>327</sup> Winnicott, “Further thoughts...” (1949), in: *The child, the family, ..., op. cit.*, 1964.

<sup>328</sup> Como é característico da psicanálise britânica, Winnicott não distingue instinto (*instinkt*) de pulsão (*trieb*) - como também a edição brasileira das *Obras completas* de Freud, a partir da tradução inglesa de James Strachey, seu primeiro analista. Nos originais do alemão, Freud utiliza os dois termos distintamente:

“O termo *trieb* é de raiz germânica, de uso muito antigo, e conserva sempre a nuance de impulsão (*treiben* = impelir); a ênfase se coloca menos numa finalidade definida do que numa orientação geral, e sublinha o caráter irreprimível da pressão mais do que a fixidez da meta e do objeto.

(...) Quando Freud fala de *Instinkt*, qualifica um comportamento animal fixado por hereditariedade, característico da espécie, pré-formado no seu desenvolvimento e adaptado ao seu objeto.” (Laplanche e Pontalis, 1992: 394).

Em relação a pulsão, “o objeto é variável, contingente (...) as metas são múltiplas, parcelares” apoiadas em “fontes somáticas” também díspares, que vão constituindo as zonas erógenas. Na verdade o termo *trieb* aparece em 1905, nos “Três ensaios”, definido como “um conceito-limite entre o psiquismo e o somático” e que representa “um afluxo de excitação a que o organismo não pode escapar e que é o fator propulsor do funcionamento psíquico.” (Laplanche e Pontalis, 1992: 395).

Nas traduções francesas foi adotado o termo *pulsion* como equivalente a *trieb*. Em português foi criado então o neologismo *pulsão*, enfatizando-se este sentido de impulso (os fundadores da psicologia do ego, E. Kris, H. Hartmann, R. Lowenstein, adotaram a tradução por *drive*).

<sup>329</sup> Ao pai cabe fornecer suporte para a mãe. “Pai” e “mãe” referem-se, em Winnicott, àqueles que realizam as funções paterna e materna.

possibilitando os momentos de ilusão e de onipotência. Um certo alheamento da mãe em relação ao mundo exterior, um “estado esquizóide saudável”, apropriado à sua tarefa: ao criar um ambiente suficientemente bom a mãe propicia condições para a efetivação do potencial herdado.

Na “preocupação materna primária” a mãe vivencia as necessidades do bebê como próprias ao mesmo tempo em que mantém um senso de subjetividade distinta, de modo a “servir de intérprete da experiência do bebê, fazendo com que sua alteridade seja sentida mas não levada em conta.” A intersubjetividade implica uma forma precoce de unicidade e dualidade, relação que propicia a “continuidade do ser”. Winnicott “foi o primeiro a colocar o estado psicológico da mãe num pé de igualdade com o do bebê na constituição da mãe-bebê.” (Ogden, 1996: 46).

“Somente quando possui uma sensibilidade do tipo que estou descrevendo é que uma mãe pode sentir como se estivesse no lugar do bebê e deste modo responder às necessidades do bebê. Estas são inicialmente necessidades corporais e gradualmente tornam-se necessidades do ego, à medida que, a partir da elaboração imaginativa da experiência física, surge a psicologia.” (Winnicott, [1956a] 1993: 496).

A mãe “monótona” é aquela que mantém uma qualidade nos cuidados corporais ao invés de proporcioná-los de forma caótica e errática. Assim, transmite a segurança de que o meio ambiente pode sobreviver aos ataques pulsionais, assegurando a continuidade da existência. “O processo fica imensamente simplificado, se apenas uma pessoa cuida do bebê, utilizando uma só técnica. (...) Tendo somente como base a monotonia, uma mãe pode enriquecer proveitosamente a vida de seu filho.” (Winnicott, [1945] 1993: 275).

O reconhecimento da mãe como pessoa emerge de forma positiva e não a partir da frustração. Na sua adaptação às necessidades da criança, ela propicia os meios para iniciar um uso criativo do mundo: “a criança está procurando a capacidade de descobrir, não um objeto.” (Winnicott<sup>330</sup>, apud Khan, 1993: 38).

“Na verdade, a infância é o período em que amearhar fatores externos para dentro da área da onipotência da criança está no processo de formação. O auxílio do ego do cuidado materno possibilita ao lactente viver e se desenvolver, a despeito de não ser capaz de controlar ou de se sentir responsável pelo que de bom e mau ocorre no ambiente.” (Winnicott, [1960a] 1990a: 38 e 39).

---

<sup>330</sup> Winnicott, D.W.. “Delinquency as a sign of hope”, in: *Adolescent psychiatry*, v. II. New York: Basic Books, 1973 (editado por Sherman Fernstein e Peter Giovachini).

A incapacidade materna de se adaptar ao bebê em fase bem prematura, diante dos acontecimentos que lhe acometem, produz uma ameaça inicial de aniquilação que pode ser estruturante ou desestruturante, dependendo de sua extensão, intensidade e frequência - lembrando o traumático em Ferenczi.

### 6.3.3 A mãe suficientemente boa e o fracasso gradual: a dependência relativa

Winnicott ressalta que “a mãe boa comum é suficientemente boa” ([1949b] 1993: 412) e, portanto, falha.<sup>331</sup> A incapacidade de falhar impediria a suficiência. Ao propiciar um *fracasso gradual da adaptação*, a mãe suficientemente boa estimula o desenvolvimento da habilidade em compensar esse fracasso relativo. Começando por sinalizar e orientar a satisfação de suas necessidades.<sup>332</sup>

“A primeira organização do ego surge a partir da experiência de ameaças de aniquilação que não levam à aniquilação e das quais o bebê repetidamente *se recupera*. A partir de tais experiências, a confiança na recuperação começa a ser algo que leva a um ego e a uma capacidade do ego de suportar a frustração.” (Winnicott, [1956a] 1993: 496 e 497).

Esse gradual fracasso ambiental possibilita superar a fase da onipotência, permitindo uma base para as relações objetais. A compensação se dá através do desenvolvimento da atividade mental, propiciando maior tolerância em relação às tensões pulsionais e às necessidades do ego, o que “transforma o relativo fracasso de adaptação em um sucesso adaptativo.”<sup>333</sup> (Winnicott, [1949b] 1993: 412 e 413).

O pensamento se consolida como um instrumento para a adaptação aos fracassos ambientais, permitindo uma autonomia crescente, “sendo um ingrediente da integração.” (1965<sup>334</sup>, apud Davis, 1982: 67). Para Winnicott, a mente é uma função que “se especializa a partir da parte psíquica do psique-soma.” ([1949b] 1993: 410). Do funcionamento somático e

<sup>331</sup> Ver a noção de *optimum* em Ferenczi, p. 92, acima.

<sup>332</sup> “Não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio de prazer para o princípio de realidade ou no sentido, e para além dela, da identificação primária (ver Freud, 1923 e 1921), a menos que exista uma mãe suficientemente boa. A ‘mãe’ suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. (...) o êxito no cuidado infantil depende da devoção, e não de jeito ou esclarecimento intelectual.” (Winnicott, [1951] 1993: 401).

<sup>333</sup> “(...) a mente tem uma raiz, talvez sua mais importante raiz, na necessidade que o indivíduo tem, e que se encontra no cerne de seu *self*, de um meio ambiente perfeito.” (Winnicott, [1949b] 1993: 412 e 413).

<sup>334</sup> WINNICOTT, D.W.. “Introductory lecture for ‘New light on children’s thinking’”, Conferência no Devon Centre for further education, 1965.

sensório-motor surge a elaboração imaginativa da experiência somática e dela, a fantasia, as memórias e a imaginação criadora, que se expressa nos jogos e sonhos. A capacidade imaginativa “desde os primórdios, começa a organizar a experiência, e desta forma surge o pensamento.” (Davis, 1982: 67).

Dinamicamente, a mente do bebê e os seus processos cognitivos também contribuem para abrir espaço para os fracassos de adaptação. “Desta forma, a mente se alia à mãe e toma para si parte de sua função.” (Winnicott, [1958] 1965<sup>335</sup>, apud Davis, 1982: 68). “Quando há saúde, a mente não usurpa a função do meio ambiente, tornando possível, porém, a compreensão e, eventualmente, a utilização de seu fracasso relativo.” (Winnicott, [1949b] 1993: 413 e 414).

A maturidade envolve a aceitação do mundo do “não-eu” e o estabelecimento de uma ponte entre a fantasia e a realidade.<sup>336</sup> As funções de entrada e de saída ganham sentido a partir da vivência de um interior e exterior em constante interação, permitindo supor uma realidade psíquica interagindo com um ambiente relacional. O espaço potencial propicia o desenvolvimento de “uma parte do ego que não é um ego corporal, que não está fundada no padrão de *funcionamento* corporal, mas nas *experiências* corporais.” (Winnicott, ([1967] 1975: 139 e 140). O desmame marca a exteriorização do objeto. Saindo da esfera da onipotência através da frustração, a criança se direciona para o mundo externo.

Quando as necessidades do bebê na fase da dependência absoluta são satisfeitas por um ambiente suficientemente bom, há a transição para a dependência relativa. A compreensão intelectual possibilita a consciência do cuidado materno. O “não-eu”, a princípio indistinguível do “eu”, se transforma em “objeto subjetivo” e depois em “objeto objetivamente percebido”, passando a ter uma permanência no tempo e no espaço, podendo ser usado. É através do campo transicional que há a passagem da dependência absoluta para a relativa e desta para a interdependência.

#### 6.3.4 Objetos e fenômenos transicionais

Foi com base na “espécie de intimidade”<sup>337</sup> entre o bebê e a mãe, na experiência vivida juntos e no momento de ilusão que Winnicott formulou sua contribuição mais original para o

---

<sup>335</sup> Winnicott, “The first year...” (1958), in: *The family...*, op.cit., 1965.

<sup>336</sup> “Reivindico aqui um estado intermediário entre a inabilidade de um bebê e sua crescente habilidade em reconhecer e aceitar a realidade.” (Winnicott, [1951] 1993: 391).

<sup>337</sup> Ver o “Prefácio” de WINNICOTT, Donald. *Therapeutic consultations in child psychiatry*. Londres: Hogarth Press, 1971.

estudo da natureza humana: a *área de ilusão* ou *espaço potencial* e a noção de transicionalidade. É nesta área ou espaço que a fantasia e a realidade se encontram e a onipotência é vivenciada. O mundo interno e externo se superpõe. O objeto transicional, nem “eu”, nem “não-eu”, emerge deixando de importar se foi concebido internamente ou apresentado exteriormente.

O fenômeno transicional situa-se entre o intrapsíquico e o interrelacional, marcando a passagem do subjetivamente concebido para o objetivamente percebido. A criatividade é exercida no espaço transicional, espaço compartilhado da cultura, onde não faz sentido a divisão entre mundo interno e realidade externa. “A área intermediária a que me refiro é a área concedida ao bebê, entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste de realidade.” (Winnicott, [1951] 1993: 402).

Para Winnicott, a descrição da natureza humana em termos de realidade psíquica e realidade externa tornou-se insuficiente. A existência se dá no espaço transicional, “a terceira parte da vida de um ser humano, (...) uma área intermediária de *experimentação*, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa.” Essa área intermediária, espaço de criação, constitui um “lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas.” (Winnicott, [1951] 1993: 391).

Winnicott conceitua, “em termos analíticos, a experiência de estar vivo como sujeito. (...) o sujeito que vive, que experiencia, não existe nem na realidade nem na fantasia, mas num espaço potencial entre as duas.” (Ogden, 1996: 45). As primeiras formulações a respeito do objeto e do espaço transicional emergiram da clínica, com o jogo da espátula ([1941] 1993) e o jogo do rabisco<sup>338</sup>, quando percebe que no período de hesitação constroi-se um espaço transicional que favorece a emergência do gesto criativo.

Aprofunda a discussão sobre o conceito de objeto transicional e suas implicações em *O brincar e a realidade* ([1971] 1975), onde especifica as qualidades do relacionamento do bebê com o objeto adotado, associando-o com formas muito primitivas de se relacionar, fantasiar, brincar e pensar.<sup>339</sup> O objeto transicional, objetivo e subjetivo ao mesmo tempo, tem que ter densidade e resistência para se constituir enquanto tal. Simultaneamente criado e descoberto, constitui uma extensão do mundo interno com existência tangível, apresentando qualidades sensoriais, representa o confronto com a alteridade irredutível do mundo. O bebê

<sup>338</sup> Apresentado em Winnicott, *Therapeutic consultations...*, op.cit., 1971.

<sup>339</sup> “Sugiro que o padrão dos fenômenos transicionais começa a surgir por volta dos quatro e seis aos oito e doze meses de idade. Intencionalmente, deixei campo para amplas variações.” (Winnicott, [1951] 1993: 393).

assume direitos sobre ele com uma certa onipotência desde o início. É afetuosamente acariciado, excitadamente amado e também mutilado. Deve sobreviver tanto ao amor pulsional, quanto ao ódio e à agressividade e só deve ser mudado pelo bebê. Deve parecer que tem vitalidade ou realidade próprias ao dar calor, se mover, possuir textura, etc..<sup>340</sup> Não tem significado pela coisa que é mas “sua condição de coisa é vital porque ajuda a criança a manter uma crescente e evolutiva realidade interna e ajuda-a a diferenciá-la do mundo do não-*self*.” (Khan, 1993: 19).

Os fenômenos e objetos transicionais - seja uma palavra ou melodia, um maneirismo, um canto de lençol ou um boneco macio - tornam-se vitalmente importantes como defesa contra a ansiedade, especialmente de tipo depressivo. Seu destino é ser gradativamente “descatexizado”, de modo que se torne não esquecido, mas relegado ao limbo:

“na saúde, o objeto transicional não ‘vai para dentro’; tampouco o sentimento a seu respeito necessariamente sofre repressão. Não é esquecido e não é pranteado. Perde o significado e isso se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornaram difusos, espalharam-se por todo o território intermediário entre a ‘realidade psíquica interna’ e o ‘mundo externo, tal como percebido por duas pessoas em comum’, isto é, por todo o campo cultural.” (Winnicott, [1951] 1975: 19).<sup>341</sup>

O brincar foi visto por Winnicott como uma extensão do uso dos fenômenos transicionais, pertencendo também ao espaço potencial entre o indivíduo e o ambiente.<sup>342</sup> O estado de alheamento, similar à concentração, é uma das principais características do brincar, mais importante que o seu conteúdo.<sup>343</sup> “A criança que brinca habita uma área que não pode ser facilmente abandonada, nem tampouco admite facilmente intrusões.” Uma área além do indivíduo, em que objetos ou fenômenos da realidade externa são inseridos a serviço de processos internos. “Sem alucinar, a criança põe para fora uma amostra do potencial onírico e vive com essa amostra num ambiente escolhido de fragmentos oriundos da realidade externa.” (Winnicott, [1971b] 1975: 76).

<sup>340</sup> “A mãe permite até que fique sujo e até mesmo malcheiroso, sabendo que, se lavá-lo, introduzirá uma ruptura de continuidade na experiência do bebê, ruptura que pode destruir o significado e o valor do objeto para ele.” (Winnicott, [1951] 1993: 393).

<sup>341</sup> Também publicado em Winnicott, [1951] 1993: 394.

<sup>342</sup> Para Winnicott, se apesar de alguns sintomas a criança é capaz de utilizar, nos jogos e brincadeiras, uma imaginação rica e prazerosa, isto assinala, para ele, que ela será capaz de desenvolver um modo pessoal de vida sendo assim desejado e aceito: “somos realmente pobres se formos apenas sadios.” (Winnicott, [1960] 1965, apud Davis, 1982: 64).

<sup>343</sup> O brincar implica confiança no ambiente relacionando-se com a capacidade de ficar só na presença de alguém. Ver, a seguir, p. 123.

O brincar envolve o corpo através da manipulação dos objetos e da própria excitação somática, mas Winnicott alerta – fazendo-nos lembrar da “Confusão de línguas” de Ferenczi<sup>344</sup>:

“A excitação corporal das zonas erógenas ameaça constantemente o brincar e, portanto, ameaça o sentimento que a criança tem de existir como uma pessoa. (...) na sedução, um agente externo explora os instintos<sup>345</sup> da criança e ajuda a aniquilar o sentimento que ela tem de existir como unidade autônoma, tornando impossível o brincar.” (Winnicott, [1971b] 1975: 77).

O brincar é essencialmente satisfatório sendo que um grau excessivo de ansiedade o inviabiliza. Ele “atinge o seu próprio ponto de saturação, que se refere à capacidade de conter a experiência”, sendo necessariamente excitante e precário. Depende do “interjogo na mente da criança do que é subjetivo (quase-alucinação) e do que é objetivamente percebido (realidade externa ou compartilhada)”. É comum as crianças fazerem amigos e inimigos durante o brincar, e não à parte dele. “Há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, e do brincar para o brincar compartilhado, e disto para experiências culturais. (...) É com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem.” (Winnicott, [1971b] 1975: 76, 77 e 93).

Winnicott aborda a experiência cultural enquanto uma extensão do brincar, ampliando o conceito de fenômenos transicionais de modo a abarcar o espaço potencial da vida adulta, a vida cultural.<sup>346</sup> A noção de objeto transicional permitiu a psicanálise “reavaliar o papel da

<sup>344</sup> Ver pp. 92 e 93, acima.

<sup>345</sup> Sobre a distinção entre instinto e pulsão, não observada por Winnicott, ver nota 329, p. 112, acima.

<sup>346</sup> “1. O lugar em que a experiência cultural se localiza está no *espaço potencial* existente entre o indivíduo e o meio ambiente (originariamente, o objeto). O mesmo se pode dizer do brincar. A experiência criativa começa com o viver criativo, manifestado primeiramente na brincadeira.

2. Para todo indivíduo, o uso desse espaço é determinado pelas *experiências de vida* que se efetuam nos estádios primitivos de sua existência.

3. Desde o início, o bebê tem experiências maximamente intensas *no espaço potencial existente entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido*, entre extensões do eu e o não-eu. Esse espaço potencial encontra-se na interação entre nada haver senão eu e a existência de objetos e fenômenos situados fora do controle onipotente.

4. Todo bebê tem aqui sua própria experiência favorável ou desfavorável. A dependência é máxima. O espaço potencial acontece apenas *em relação a um sentimento de confiança* por parte do bebê, isto é, confiança relacionada à fidedignidade da figura da mãe ou dos elementos ambientais, com a confiança sendo a prova da fidedignidade que se está introjetando.

5. A fim de estudar a brincadeira e, depois, a vida cultural do indivíduo, há que estudar o destino do espaço potencial existente entre qualquer bebê e a figura da mãe humana (e, portanto, falível) que é essencialmente adaptável por causa do amor.” (Winnicott, [1967] 1975: 139 e 140).

cultura como um incremento positivo e construtivo na experiência humana e não como causa de descontentamento.” (Khan, 1993: 20).

### 6.3.5 A adaptação à realidade compartilhada

Ao desenvolver as noções de *mãe suficientemente boa* e *objeto transicional*, Winnicott começou a questionar a ênfase kleiniana no papel da culpa nos primórdios do desenvolvimento psíquico que responsabilizava o indivíduo pelos efeitos da falência do ambiente em acolhê-lo.<sup>347</sup>

Winnicott faz uma distinção entre a *mãe-objeto* e a *mãe-ambiente* para descrever a enorme diferença entre dois aspectos da maternagem: a satisfação de necessidades urgentes e a proteção e provisão de cuidados.<sup>348</sup> No estágio de *pré-concernimento*, para o bebê, não existe objeto. Ele experimenta uma agressividade sem propósito, impiedosa (*roughness*) nos momentos de excitação e nas horas tranqüilas, de relaxamento pós-excitação pulsional, advém os cuidados corporais.

“Nesta linguagem é a mãe-ambiente que recebe tudo que pode ser chamado de afeição e coexistência sensual; é a mãe-objeto que se torna alvo da experiência excitante baseada na tensão crua do instinto<sup>349</sup>. Minha tese é que a preocupação [*concern*] surge na vida do bebê como uma experiência altamente sofisticada ao se unirem na mente do lactente a mãe-objeto e a mãe-ambiente.”<sup>350</sup> (Winnicott, [1963c] 1990a: 72).

Ao prescindir da experiência continuada da onipotência, o bebê começa a perceber que a mãe-objeto do ataque voraz ao seio é a mesma da mãe-ambiente, tranqüilizadora, o que vai lhe permitir responsabilizar-se pelos seus próprios movimentos pulsionais. Ao começar a levar em consideração a alteridade, desenvolve um impulso para a reparação. Parece “*se importar*, ou *valorizar*, e tanto sentir quanto aceitar responsabilidade.” Winnicott recorre ao

<sup>347</sup> Winnicott desenvolveu sua teoria em três trabalhos: "Psicanálise do sentimento de culpa" ([1958a] 1983), "Enfoque pessoal da contribuição kleiniana" ([1962] 1983) e "O desenvolvimento da capacidade de se preocupar" ([1963a] 1983) - trabalho decisivo para a compreensão de sua concepção.

<sup>348</sup> Essa diferenciação entre mãe-objeto e mãe-ambiente permite pensar que, na transferência, além dos objetos internos, o que é transferido é a “experiência do ambiente interno, dentro do qual vivemos, para a situação analítica.” Segundo Ogden, a concepção de Winnicott (1949a, 1958b, 1965) da “mãe ambiente” realçou a concepção analítica da “matriz da transferência”. Refere-se também a Balint (1968) entre aqueles que “contribuíram para o desenvolvimento do conceito da transferência para a mãe-ambiente”, embora omita surpreendentemente o nome de Ferenczi. Menciona também Bion, Bollas, Boyer, Gaddini, Giovacchini, Green, Grotstein, Kernberg, Langs, Loewald, Mc Dougall, Modell, Pontalis, Reider, Searles, Viderman e Volkan (Ogden, 1996: 131 e 132).

<sup>349</sup> Vide nota 329, p. 112.

<sup>350</sup> Segundo Winnicott, essa exteriorização e unificação do objeto ocorre aproximadamente entre o 6º e o 18º mês.

termo *concern* (*concernimento*<sup>351</sup>) “para expressar de modo positivo um fenômeno que em seu aspecto negativo é expresso pela palavra ‘culpa’.” (Winnicott, [1963c] 1983: 70).

“Quando o objeto se torna sujeito, o reconhecimento de si mesmo pelo Outro cria as condições para uma nova maneira de se dar conta da própria subjetividade, e a própria subjetividade se altera em consequência disso. Em outras palavras, a experiência de reconhecimento da própria ‘eu-dade’ por um Outro (reconhecido como um ‘eu’ que experiencia) cria uma dialética intersubjetiva por meio da qual o sujeito se dá conta da própria subjetividade, de uma nova maneira, ou seja, o sujeito se torna ‘autoconsciente’ de uma maneira que nunca experimentara antes.” (Ogden, 1996: 51).

A capacidade para o concernimento implica a integração decorrente da maternagem suficientemente boa. Quando o bebê se torna capaz de combinar as experiências afetuosas e agressivas com um mesmo objeto.

Na fase do concernimento o bebê atinge a ambivalência, a “experiência do ódio e amor simultâneos”. Ele está começando a se relacionar com objetos e “a estabelecer um *self*, uma unidade que está contida fisicamente na pele do corpo e que está psicologicamente integrada.” (Winnicott, [1963c] 1983: 72).

A capacidade de ficar implicado<sup>352</sup> e de assumir a responsabilidade pelos danos dos seus impulsos assim como a sobrevivência do ambiente aos ataques pulsionais e ao amor impiedoso, possibilita a gratidão, o reconhecimento do ambiente pelo bebê que cresce. Se o ambiente for capaz de suportar os ataques e sobreviver a eles, sem retaliar, permite que se instaure uma atmosfera de segurança e confiança: “eu te destruí; você sobreviveu; obrigado, posso existir e tentar reparar o que danificar.”<sup>353</sup> “O objeto está sempre sendo destruído. Esta destruição se torna o pano de fundo inconsciente para o amor de um objeto real, ou seja, um

---

<sup>351</sup> Neologismo estabelecido por David Bogomoletz, em sua tradução das obras de Winnicott (Imago), privilegiando o sentido original de *concern*, diferente de “preocupação”, usado nas traduções anteriores. *Concern, consideration, regard*, “em seu sentido original descrevem um estado de intenso olhar para um objeto de uma certa distância.” Atitude que se desenvolve a partir da aceitação “que ambos devem continuar a existir mesmo quando não mais em contato próximo um com o outro” (Balint, 1959: 36 e 37). Etapa que corresponde à posição depressiva de Klein.

As posições esquizo-paranóide e depressiva “representam dimensões de toda experiência humana.” Havendo entre elas uma relação cronológica diacrônica, mas também “uma relação de simultaneidade interativa” (Ogden, 1996: 137). A posição depressiva é uma organização psíquica mais madura, simbolicamente mediada, com um senso de *self* interpretante melhor estabelecido, situado entre o sujeito e sua experiência. Os pensamentos e sentimentos são vivenciados como criações psíquicas pessoais e que não precisam ser “descarregadas” de imediato. A capacidade de experimentar a si mesmo como sujeito permite reconhecer os seus objetos também como sujeitos. A constatação da subjetividade do outro torna possível vivenciar preocupação, culpa e desejo de reparação.

<sup>352</sup> Termo sugerido por Ana Maria Furtado, doutoranda no IMS/UERJ, como alternativa a “concernido”.

<sup>353</sup> Anotações dos “Seminários clínicos teóricos” coordenados por Sylvio Goldfeld.

objeto situado fora da área do controle onipotente do sujeito.” (Winnicott, [1969]<sup>354</sup> 1994: 177).

Na concepção winnicottiana, a constituição da subjetividade toma forma no espaço potencial entre mãe e bebê, no processo em que “o eu-como-sujeito e a mãe-como-sujeito ganham vida simultaneamente em relação ao outro.” (Ogden, 1996: 53). O concernimento é “o princípio daquela existência maior que é o homem da cultura humana, vivendo e partilhando sua vida com os outros, numa mutualidade”<sup>355</sup> (Khan, 1993: 56 e 57).

“Ao destruir continuamente (na fantasia) o objeto-interno-mãe, o bebê torna-se capaz de descobrir o objeto-externo-mãe (tanto como objeto quanto como sujeito), se a mãe for capaz de sobreviver à destruição dela que o bebê opera na fantasia (e o tratamento cruel que dispensa a ela), permanecendo emocionalmente presente o tempo todo.” (Ogden, 1996: 52).

A estabilidade ambiental, sua permanência após “ter sido destruída” pelo sujeito permite desenvolver o “uso do objeto”, que não é o mesmo que relação objetal: “a capacidade de usar um objeto é mais sofisticada que a capacidade de relacionar-se com objetos, e o relacionar-se pode se dar com um objeto subjetivo, mas o uso implica que o objeto faz parte da realidade externa”<sup>356</sup> (Winnicott, [1969]<sup>357</sup> 1994: 177).

O meio ambiente é constantemente descoberto e redescoberto através da motilidade e, posteriormente, também através da mobilidade. Se o novo indivíduo se desenvolve “a partir do centro”, o seu contato com o meio ambiente é uma experiência, uma ação criativa sobre o mundo capaz de assegurar a continuidade da existência: “esta impulsividade e a agressão que se desenvolve a partir dela, que faz com que o bebê necessite de um objeto externo, e não apenas um que o satisfaça” (Winnicott, [1950] 1993: 365 e 373).

Na medida em que a mãe suficientemente boa produz resistência, o cerne do sujeito se desenvolve com criatividade. Se não há essa resistência ou se há invasão, dificulta-se a fusão do potencial erótico com o agressivo. O sujeito, incapaz de articular agressividade e erotismo, torna-se frágil e amedrontado, precisando desenvolver um falso *self* adaptativo. Winnicott diverge da concepção de uma pulsão de morte, compreendendo a agressão como contingência do processo de socialização e constituição do sujeito. O sujeito não existe fora da

<sup>354</sup> Também publicado em Winnicott, [1969] 1975: 131.

<sup>355</sup> No fim da vida, Winnicott estava muito interessado em compreender como as atividades simbólicas ajudam os homens a nutrirem-se “daquilo que faz que se enriqueçam no acordo mútuo.” (Khan, 1993: 58).

<sup>356</sup> Nas palavras de Winnicott: “(1) Sujeito *relaciona-se com* o objeto. (2) Objeto acha-se em processo de ser encontrado, ao invés de colocado pelo sujeito no mundo. (3) Sujeito *destrói* o objeto. (4) Objeto sobrevive à destruição. (5) Sujeito pode *usar* o objeto.” ([1969] 1994: 177).

<sup>357</sup> Texto fundamental dentre as contribuições de Winnicott foi publicado também em *O brincar e a realidade* ([1969] 1975: 131).

intersubjetividade, isto é, da contingência de seu desenvolvimento maturacional e interacional.

### 6.3.6 O verdadeiro *self*

A teoria de Winnicott foi construída a partir do desenvolvimento emocional primitivo, acompanhando a constituição do *self* – conceito que julgava necessário para pensar a “saúde do ser humano” e que é “inseparável da anatomia, fisiologia e biologia” (Davis, 1982: 48). Diferencia um *self* central ou “verdadeiro”, associado ao gesto espontâneo, à criatividade e ao sentimento de continuidade da existência, de um “falso” *self*, reativo, defensivo e protetor.

Winnicott concebe o *self*, cerne do sujeito, como um potencial erótico e de motilidade que se manifesta na interação do sujeito com seu ambiente. O *self* passa a existir na interação e no contato humanos, é uma potencialidade que se realiza num ambiente concreto, que pode ser suficientemente bom ou inadequado e invasivo. Uma forma de ser que surge em potência, que ainda não é, e que pode vir a não se realizar, que se constitui na relação intersubjetiva através da experiência vivida. Não afirma uma essência mas a tendência de uma singularidade se atualizar, na interação com o ambiente se este for um campo favorável para se efetuar. Um cerne que pode se realizar na existência concreta, num campo interrelacional, permitindo o sujeito criar-se, criando o seu mundo.<sup>358</sup>

O *self* é o potencial herdado, vivenciando a continuidade da existência, adquirindo uma realidade psíquica interna e um esquema corporal pessoal, é consolidado através dos momentos de ilusão propiciado pelo ambiente cuidador: “Um *self* verdadeiro começa a ter vida, através da força dada ao fraco ego do lactente pela complementação pela mãe das expressões de onipotência do lactente.” (Winnicott, [1960b] 1990a: 133). Procura esclarecer a noção:

“Para mim, o *self*, que não é o ego, é a pessoa que eu sou, que é somente eu, que possui uma totalidade baseada na operação do processo maturativo. Ao mesmo tempo, o *self* tem partes e é, na verdade, constituído destas partes. Tais partes se aglutinam, num sentido interior-exterior no curso da operação do processo maturativo, auxiliado, como deve sê-lo (principalmente no início) pelo ambiente humano que o contém, que cuida dele e que de forma ativa facilita-o. (...) Finalmente, o *self* atinge significativa relação entre a criança e a soma das identificações que (depois de bastante incorporação e introjeção de representações mentais) se organizam em forma de uma realidade interna psíquica viva. (...) Só o

<sup>358</sup> Anotações de aula do curso “Corpo e afeto na teoria psicanalítica”, com o Prof. Carlos Alberto Plastino, no IMS/UERJ, 2002-I.

*self* e a vida do *self* é que têm sentido de ação e de vida do ponto de vista do indivíduo que até então cresceu e que continua a crescer da dependência e imaturidade para a independência, e a capacidade de identificar-se com objetos de amor maduros, sem perda de identidade individual.” (Carta à tradutora francesa<sup>359</sup>, apud Khan, 1993: 45).

Desenvolvendo a noção de *self*, Winnicott ressalta os aspectos positivos da “capacidade para estar só”, considerando-a “um dos sinais mais importantes do amadurecimento do desenvolvimento emocional.” Considera a solidão como uma experiência positiva e que envolve outra pessoa:

“O ponto principal da minha tese é que nós precisamos de uma maneira não-sofisticada de ficar sós, e que mesmo concordando com o fato da capacidade de ficar só ser uma sofisticação, a habilidade de estar realmente só tem sua base na experiência precoce de estar só na presença de alguém. Estar só na presença de alguém pode ocorrer num estágio bem precoce, *quando a imaturidade do ego é naturalmente compensada pelo apoio do ego da mãe*. À medida que o tempo passa o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e dessa maneira se torna capaz de ficar só sem apoio freqüente da mãe ou de um símbolo da mãe.” (Winnicott, [1958b] 1990a: 34).

A capacidade de usufruir essa condição “somente pode vir a se desenvolver se o apoio dado pela presença viva real da mãe, desde os primórdios, tornar possível” o bebê “permanecer, durante alguns períodos temporais, não-integrado sem ameaça à continuidade pessoal.” (Davis, 1982: 53). O estado de não-integração tem “a ver com estar calmo, descansado, relaxado e se sentir ‘em unidade’ com as pessoas e com as coisas quando não há excitação ao redor.” (Winnicott, 1948<sup>360</sup> apud Davis, 1982: 53).

A capacidade de ficar a sós é vital para o desenvolvimento emocional:

“É somente quando só (isto é, na presença de alguém) que a criança pode descobrir sua vida pessoal própria. A alternativa patológica é a vida falsa fundamentada em reações a estímulos externos. Quando só no sentido em que estou usando o termo, e somente quando só, a criança é capaz de fazer o equivalente ao que no adulto chamamos relaxar.<sup>361</sup> A criança tem a capacidade de se tornar não-integrada, de devanear, de estar num estado em que não há orientação, de ser capaz de existir por um momento sem ser nem alguém que reage às contingências externas nem uma pessoa ativa com uma direção de interesse ou movimento. A cena está armada para uma experiência do id. Com o passar do tempo surge uma sensação ou um impulso. Neste estado a sensação ou o impulso será sentido como real e será verdadeiramente uma experiência pessoal.” (Winnicott, [1958b] 1990a: 35 e 36).

<sup>359</sup> Winnicott, “Letter to Mme. Jeannine Kalmanovitch”, op. cit..

<sup>360</sup> WINNICOTT, D.W.. “Early stages: primary introduction to external reality”, 1948.

<sup>361</sup> “A experiência de não-integração é a precursora da capacidade adulta de relaxar” (Winnicott, [1958b] 1990a: 31).

O impulso que emerge espontaneamente a partir do estado de não-integração é sentido como proveniente do si mesmo. Com o tempo é possível dispensar a presença real da figura materna, ao se estabelecer um “meio interno” capaz de satisfazer suas necessidades com autonomia relativa, interagindo e interferindo em seu ambiente (Winnicott, [1958b] 1990a: 36).

“Ver-se-á agora por que é importante que haja alguém disponível, alguém presente, embora sem fazer exigências (...) É somente sob essas circunstâncias que a criança pode ter uma experiência que é sentida como real. Um grande número de tais experiências forma a base para uma vida que tem realidade em vez de futilidade. O indivíduo que desenvolveu a capacidade de ficar só está constantemente capacitado a redescobrir o impulso pessoal, e o impulso pessoal não é desperdiçado porque o estado de estar a sós é algo que (embora paradoxalmente) implica sempre que alguém também está ali.”<sup>362</sup> (Winnicott, [1958b] 1990a: 36).

A “capacidade de estar só” expressa “uma faceta essencial da experiência de estar vivo”, neste estado deparamo-nos “com um santuário interno essencial de privacidade e, portanto, com uma das pedras angulares da nossa sanidade.” (Ogden, 1996: 78 e 165).

### 6.3.7 O falso *self*: reação à invasão e à imposição

Como Ferenczi<sup>363</sup>, Winnicott lembra que até a experiência aparentemente traumática do nascimento recebe os preparativos que ocorrem no feto e no ambiente para que ele possa emergir como bebê. O nascimento não é uma *invasão*, desde que a adaptação ativa do ambiente permita que não se rompa “o processo-em-andamento”.

“Há, seguramente, antes do nascimento, primórdios de um desenvolvimento emocional, e é provável que também haja uma capacidade para um movimento falso e doentio nesse desenvolvimento emocional; na saúde, um certo grau de perturbações ambientais constitui em um valioso estímulo mas, acima de um certo grau, estas perturbações são improfícuas pelo fato de produzirem uma *reação*. Neste primeiro estágio do desenvolvimento, não existe suficiente força do ego para que haja uma reação sem perda de identidade. (...) Na saúde, o bebê é preparado, antes do nascimento, para alguma invasão ambiental, e já passou pela experiência de um retorno natural da reação para um estado de não mais ter de reagir, que é o único estado em que o *self* pode começar a existir.” (Winnicott, [1949a] 1993: 324, 325 e 326).

---

<sup>362</sup> “Minha contribuição é solicitar que o paradoxo seja aceito, tolerado e respeitado, e não que seja resolvido. Pela fuga para o funcionamento em nível puramente intelectual, é possível solucioná-lo, mas o preço disso é a perda do valor do próprio paradoxo.” (Winnicott, 1975: 10).

<sup>363</sup> Ver pp. 84 e 85, acima.

Em Winnicott, o conceito de trauma está vinculado às noções de invasão, imposição e reação à invasão.<sup>364</sup> No início da vida o indivíduo necessita de um *mínimo* de invasões ambientais. Mais uma vez o que está em questão é a intensidade, a extensão e a frequência, de modo que “a linha de sua própria vida não seja perturbada por um reagir em maior escala do que aquele que pode ser experimentado sem uma perda do sentido de continuidade da existência pessoal.” (Winnicott, [1949a] 1993: 332 e 333).

“(…) o ambiente se impõe ao bebê de tal maneira que o bebê é obrigado a reagir (por exemplo, mudanças repetidas de técnica, ruídos altos, falta de apoio para a cabeça, abandono do bebê etc.). A continuidade do ser é interrompida e, se o bebê não puder descansar e se recuperar num ambiente que novamente se tornou maximamente adaptativo a linha de continuidade será restaurada com dificuldade. Um acúmulo de imposição traumática na etapa da dependência absoluta pode pôr em risco a estabilidade mental (sanidade) do indivíduo.” (Davis, 1982: 60).

Neste estágio precoce qualquer ameaça ao *self* decorrente das falhas ambientais constitui fonte de “ansiedades impensáveis”.<sup>365</sup> Um ambiente invasivo e perturbador gera *reações a invasões* em vez de experiências individuais: “o trauma é uma imposição do ambiente e da reação do indivíduo ao ambiente que ocorre antes que haja um desenvolvimento dos mecanismos individuais que tornam previsível o imprevisível.” (Winnicott, [1967] 1968<sup>366</sup>, apud Davis, 1982: 60). Para ele, o que é traumático é a interrupção da continuidade da existência: “estas reações interrompem o ‘*continuar a ser*’ do bebê. Um reagir excessivo não produz frustração, mas uma *ameaça de aniquilação*” (Winnicott, [1956a] 1993: 495 e 496).

Quando a interrupção do sentimento de continuidade da existência é significativa, torna-se um importante fator adverso no desenvolvimento maturativo. A defesa contra a invasão vai estabelecer um “falso” *self* que oculta o “verdadeiro” *self*, protegendo o cerne do si mesmo de ser exposto num ambiente não confiável. É a *necessidade de reagir à invasão* persistente, que forja a organização do complexo falso *self*: “o bebê que é perturbado pelo fato de ser forçado a reagir, é perturbado a ponto de ficar fora de um estado de *ser*.” (Winnicott<sup>367</sup>, apud Khan, 1993: 47).

<sup>364</sup> Deslocando a ênfase exagerada da escola kleiniana no papel da ansiedade fantasística na primeira infância em prol das vivências precoces num ambiente humano.

<sup>365</sup> Desintegração; queda sem fim; desconexão com o corpo (despersonalização); falta de orientação; isolamento (pela impossibilidade de se comunicar). Ver Winnicott, [1962a] 1990: 57.

<sup>366</sup> Winnicott, “Clinical regression...” (1967), op.cit.. Traumática é a reação à invasão e os mecanismos que essa ativa reiteradas vezes (mais uma vez nos reportamos a Masud Khan e seu estudo dos *microtraumas cumulativos*, em *Le soi caché*, op. cit.. Ver nota 112, p. 46, e nota 270, p. 91.

<sup>367</sup> “Mother’s madness appearing in the clinical material as na ego-alien factor”, in: *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*. London: Hogarth Press, 1972.

O falso *self* é a expressão da reação a um meio ambiente não confiável, invasivo, num momento em que o ego ainda não está estruturado para proteger-se, o que torna o evento traumático.

“A mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do lactente, e assim falha repetidamente em satisfazer o gesto do lactente; ao invés, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente. Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso *self*, e resulta da incapacidade da mãe de sentir as necessidades do lactente. (...) Através deste falso *self* o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeções pode chegar até uma aparência de ser real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, ama-seca, tia, irmão ou quem quer que no momento domine o cenário. O falso *self* tem uma função positiva muito importante: ocultar o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente.” (Winnicott, [1960b] 1990a: 133 e 134).<sup>368</sup>

Há um gradiente em relação ao falso *self* desde o que permeia o convívio social (mas propiciando condições para o verdadeiro *self* emergir<sup>369</sup>), até, num extremo patológico, o falso *self* aquiescente e dissociado que obscurece totalmente o verdadeiro *self* e deixa de ter relação com a realidade, gerando a sensação de futilidade da vida.<sup>370</sup> Dependendo da intensidade e do momento das experiências traumáticas, assim como da constituição do sujeito, as falhas ambientais e os cuidados precários podem gerar diferentes graus de esquizoidia (da esquizofrenia à personalidade esquizóide ou *border line*), enquanto tentativa defensiva, no sentido de que “*nunca mais* devem vivenciar a ansiedade impensável que está na raiz da doença esquizóide.” (Winnicott, [1967] 1968<sup>371</sup>, apud Davis, 1982: 64).

Nos casos extremos não há

“um lugar de descanso para a experiência individual e o resultado é que o estado de narcisismo primário não produz um indivíduo. O ‘indivíduo’ então se desenvolve como uma extensão da casca e não do cerne, e como uma extensão do meio ambiente invasor. O que resta de um cerne fica ocultado, sendo difícil achá-lo mesmo em uma análise muito profunda. O indivíduo, neste caso, *existe por não ser encontrado*.” (Winnicott, 1974<sup>372</sup>, apud Khan, 1993: 40).

<sup>368</sup> Em “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*” ([1960b] 1990), texto indispensável para a compreensão de seu trabalho clínico, Winnicott reintroduz o conceito de dissociação da realidade interna decorrente de uma integração incompleta ou parcial. Segundo Khan (1993: 12), Winnicott baseava-se nas pesquisas de Glover, E.. *The birth and the ego*. Londres: Allen & Unwin, 1968.

<sup>369</sup> Todos temos nossos *selves* sociais com distintos graus de afastamento do próprio *self*.

<sup>370</sup> Ao invés da terminologia usada por Winnicott de verdadeiro e falso *self* poderíamos propor *self* criativo ou social (ver texto “Normalidade e falso *self*” de Winnicott).

<sup>371</sup> Winnicott, “Clinical regression...” (1967), in: *International Psychiatry Clinics*, n.5, op.cit., 1968.

<sup>372</sup> Nestes casos, “pode-se dizer que *só a partir da não-existência pode começar a existência*.” (Winnicott, 1974, apud Khan, 1993: 40).

Enquanto a mãe monótona reassegura o sentimento de continuidade da existência, a *mãe caótica*<sup>373</sup> expressa o que Ferenczi denominava como “relação mãe-filho arqui-super-traumática”, uma relação errática, sem previsibilidade possível.

“Certos tipos de fracasso materno, especialmente um comportamento *irregular*, produzem uma hiperatividade do funcionamento mental. Aqui, no crescimento excessivo da função mental como reação a uma maternagem inconstante, vemos que é possível o desenvolvimento de uma oposição entre a mente e o psique-soma, pois em reação a este estado anormal do meio ambiente, o pensamento do indivíduo começa a controlar e organizar os cuidados a serem dispensados ao psique-soma, ao passo que na saúde esta é uma função do meio ambiente. Quando há saúde, a mente não usurpa a função do meio ambiente, tornando possível, porém, a compreensão e, eventualmente, a utilização de seu fracasso relativo.” (Winnicott, [1949b] 1993: 414).

Embora a capacidade de adaptação autônoma cresça gradativamente junto com a capacidade mental, “invasões que exigem reações excessivas (...) não podem ser compensadas.” Se o psique-soma é perturbado em sua continuidade devido ao fracasso ambiental, o funcionamento mental “começa a controlar e organizar os cuidados a serem dispensados ao psique-soma” e vai reativamente se autonomizando (Winnicott, 1949b: 410 e 415).

Um meio ambiente inicial torturante gera uma tensão que recai sobre um funcionamento mental cada vez mais defensivo. No limite, a mente permite prescindir do cuidado ambiental. Se o fracasso da adaptação materna for demasiado precoce ou a maternagem for errática,

“o bebê sobrevive por meio da mente. A mãe explora o poder do bebê, de pensar e refletir e de verificar e compreender. Se o bebê possuir um aparelho mental bom, este pensamento se torna um substituto para o cuidado e a adaptação maternos. O bebê ‘dá a si mesmo o cuidado materno’ por meio da compreensão, compreendendo demais.” (Winnicott, 1965<sup>374</sup>, apud Davis, 1982: 68).

O bebê começa a sentir-se responsável pelo ambiente “que perturbou a continuidade de seus processos inatos de desenvolvimento antes que o psique-soma tivesse se tornado bem organizado o suficiente para odiar ou amar.” (Winnicott, [1949b] 1993: 416). Desenvolve-se

---

<sup>373</sup> “De todos os modos possíveis, e sobretudo desde que as palavras podem ser utilizadas, essa mãe não deixou de confundir tudo para a minha doente, e jamais fez outra coisa. Ela nem sempre era uma mãe ruim. Às vezes era muito boa mãe, mas sempre misturando em tudo desordens e ações verdadeiramente traumáticas.” (Winnicott, “The effect of psychotic parents on the emotional development of the child” (1959), in: *The family and individual development...*, op. cit., apud Sabourin, 1988: 208). Essa noção foi retomada depois por Bateson ao desenvolver a conceituação do duplo vínculo.

<sup>374</sup> WINNICOTT, D.W.. “Introductory lecture...”, op.cit., 1965.

assim o falso eu, “uma vida na mente dissociada, com o verdadeiro *self* tornando-se psicossomático, encoberto e talvez perdido.” (Winnicott, 1965<sup>375</sup>, apud Davis, 1982: 68).

“Como resultado mais comum de um grau pequeno de cuidado materno torturante nos estádios iniciais da vida infantil, o *funcionamento mental torna-se uma coisa em si*, praticamente substituindo a mãe boa e tornando-a desnecessária. (...) a psique do indivíduo se deixa ‘atrair’ por essa mente, afastando-se do relacionamento íntimo que originalmente mantinha com o soma. O resultado é uma mente-psique, que é patológica.” (Winnicott, [1949b] 1993: 414).

Para Winnicott, a psicose era proveniente de um fracasso da adaptação ambiental na etapa da dependência absoluta, quando “a alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila.” (Winnicott, [1960a] 1990a: 47).

“A perturbação mental de qualidade psicótica surge a partir de atrasos e distorções, regressões e distúrbios, nos estágios iniciais de crescimento da organização meio ambiente-indivíduo. A insanidade mental emerge imperceptivelmente a partir das dificuldades habituais inerentes à natureza humana que colorem a tarefa de cuidar de uma criança” (Winnicott, [1952] 1993: 386).

A psicose torna-se uma tentativa de defender-se contra as ameaças e imposições, quando “o ambiente que facilita foi, não deficiente, mas atormentador, o que talvez seja a pior coisa que pode acontecer a um bebê.” (Winnicott, 1974<sup>376</sup>, apud Khan, 1993: 39). A intensidade da perturbação provoca uma ansiedade primitiva muito intensa, que as defesas do ego incipiente não são capazes de conter.

“Se há recorrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser. A criança cujo padrão é o de fragmentação da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início, sobrecarregada no sentido da psicopatologia.” (Winnicott, [1962a] 1990a: 59).

Se não há episódios de onipotência, se quem realiza a função materna é excessivamente omissa ou invasiva, ou se adocece, se ausenta ou deprime, o bebê sente que não consegue criar aquilo que necessita, e precisa desenvolver uma técnica para lidar com o mundo, o que pode gerar um sentimento de permanente falsidade, de não se sentir bem na própria pele e da vida não valer a pena ser vivida.

Com o comprometimento do processo de integração/personalização/adaptação à realidade cria-se uma estrutura defensiva, com uma acurada capacidade de perceber alterações

---

<sup>375</sup> Idem.

<sup>376</sup> WINNICOTT, D.W.. “Fear of breakdown”, in: *International Review of psycho-analysis*, v.1, 1974.

no ambiente: uma vigilância sutil num meio hostil em que não se pode confiar e no qual não se pode relaxar. O infante se retrai, não suportando uma ligação com o mundo maior do que a mínima necessária para sobreviver.

A falta de autenticidade deste padrão impossibilita o gesto espontâneo, acirrando o sentimento de não experienciar a vida. Reagindo ao invés de agir sobre o mundo externo, sempre apto a cumprir o que o outro espera dele, a sua verdade não tem lugar. Ao se relacionar com o mundo de modo subserviente e adaptativo, o falso *self* vivencia uma ameaça constante e, nos momentos cruciais falha, entra em colapso diante dos desafios da vida.

“O falso *self* pode ser convenientemente sintônico com a sociedade mas a falta do *self* verdadeiro produz uma instabilidade que, quanto mais a sociedade é levada a acreditar que o falso *self* é o verdadeiro *self*, mais evidente se torna. O paciente se queixa de uma sensação de futilidade.” (Winnicott, [1949] 1993: 365).

Esse padrão distorcido afeta todo o desenvolvimento, propiciando uma identificação fácil com o aspecto ambiental. O indivíduo sente-se forçado a cuidar de si mesmo, introjetando um aspecto da maternagem. Como Ferenczi<sup>377</sup>, Winnicott ressalta a sobrecarga de trabalho das crianças que têm de cuidar de seus pais depressivos, alegando que nesses casos “a inteligência foi prostituída e utilizada para prever os humores e as tendências paternas e maternas complexas.” (Winnicott<sup>378</sup>, apud Sabourin, 1988: 208). Clinicamente,

“alguém que é uma *mãe maravilhosamente boa para os outros* por um período limitado de tempo; [...que] pode ter *propriedades* quase mágicas de *aliviar o sofrimento alheio* por causa de uma capacidade extrema de se adaptar ativamente a necessidades primitivas.” (Winnicott, [1949b] 1993: 414 e 415).

---

<sup>377</sup> Ver p. 95, acima.

<sup>378</sup> Winnicott, D.W. “Efeito dos pais psicóticos sobre o desenvolvimento afetivo das crianças”.

## 7 A CONCEPÇÃO CLÍNICA: REGRESSÃO/AMBIENTE FACILITADOR

### **Introdução: O recurso à regressão na análise a partir de Ferenczi, Balint e Winnicott**

O “problema técnico de como responder a um paciente regressivo que tenha desenvolvido uma transferência muito intensa” foi motivo das maiores divergências entre Freud e Ferenczi (Balint, [1968] 1993:138). Freud mencionou ter descoberto a regressão ainda com Breuer, durante o método catártico<sup>379</sup> e, na análise de Dora, reconheceu-a como um importante fator no tratamento<sup>380</sup>. No entanto, apesar de não ter desprezado o papel da regressão na técnica analítica, ele não se aprofundou nos problemas técnicos de sua utilização na clínica.

Para Freud, a resposta clínica aos fenômenos regressivos deveria se manter restrita à interpretação, respeitando as recomendações técnicas de abstinência e da privação: “não importando quão regressivo estivesse o paciente, o analista deveria manter sua objetividade simpática passiva normal, não podendo responder aos desejos e anseios do paciente, a não se através da interpretação.”<sup>381</sup> (Balint, [1968] 1993: 115 e 138).

Assim, “declarou-se a regressão, durante o tratamento analítico, um sintoma perigoso, recalçando-se quase completamente seu valor como aliado terapêutico.” Balint lembra que “quando Freud abandonou sua técnica catártico-hipnótica, adotando uma técnica a partir da qual desenvolveu a psicanálise, estava correndo riscos”. Concorda que “teria sido mais seguro não iniciar a caminhada; mas teria sido mais sábio?” ([1968] 1993: 93 e 141).

A função da regressão enquanto recurso técnico foi menosprezada, sendo os fenômenos de natureza regressiva considerados sintomas indesejáveis no tratamento analítico, provocados por um erro técnico ou por distúrbios muito profundos e de prognóstico pessimista. O impasse era imputado à gravidade do quadro clínico, a uma profunda resistência, ou à não compatibilidade entre a proposta da análise e as necessidades do caso.

---

<sup>379</sup> Freud teve a primeira experiência com uma regressão maligna no tratamento de Anna O., criticando a abordagem de Breuer. Depois, em “Um estudo autobiográfico” (1925), descreveu suas experiências desagradáveis com as manifestações sexuais de algumas de suas pacientes retornando do transe hipnótico. Denominava as expectativas dessas pacientes de anseios, já assinalando para a semelhança com os estados semelhantes aos da toxicomania.

<sup>380</sup> “(...) para superar seu conflito, ela precisou fazer “uma longa volta, retornando à primeira infância” (Freud, 1905a, apud Balint, [1968] 1993: 114).

<sup>381</sup> Segundo Balint, Freud (1915a) chegou a afirmar que os casos nos quais essa atitude fracassa seriam inadequados para análise.

Era recorrente um círculo vicioso de queixas, ausência de mudanças, sentimentos de culpa e fracasso.

Considerada apenas como mecanismo de defesa difícil de manejar e forma de resistência poderosa, o uso da regressão na clínica difundiu-se mais pelos riscos que envolve ou como contra-transferência do analista (sua resistência). Freud achava que a contra-transferência, concebida como a transferência do analista, deveria ser evitada a todo custo, por interferir em sua “neutralidade afável”. Dizia que o “psicanalista só avança até onde permitem seus próprios complexos e resistências interiores (...) deve reconhecer esta transferência em si mesmo e dominá-la.” Portava a crença, ainda arraigada, na radical dicotomia sujeito-objeto da forma moderna de conhecimento científico: “O médico deve ser opaco ao paciente e, como um espelho, não mostrar nada além do que é mostrado a ele.”<sup>382</sup> (apud Gay, 1989: 240).

Os dois principais fatores da técnica psicanalítica são a interpretação e o manejo da transferência. Colocar a ênfase no trabalho interpretativo é uma limitação simplificadora, por restringir a análise àqueles que podem se adaptar a situação analítica clássica.<sup>383</sup> Uma das razões dos impasses clínicos era que, para esses pacientes, inexistia “um caminho direto do pré-verbal para o edípico”, sendo “ininteligível ou inaceitável para o paciente a expressão do material pré-genital em palavras adultas.” (Balint, [1968] 1993: 11).

Pacientes com estruturas frágeis (*border lines*) ou com núcleos psicóticos ativos não suportam o aumento de pressão decorrente das interpretações dentro do enquadre tradicional, enquanto outros, na direção oposta, “aceitam tudo, porque, aparentemente, seu *self* mais íntimo é muito pouco influenciável.” (Balint, [1968] 1993: 11). Tipos que encontram grandes dificuldades em serem atendidos pela técnica psicanalítica “clássica”, uma vez que estabelecem um tipo de relação muito distinta daquele característico do nível edípico.

Foi Paula Heimann quem explicitou uma outra concepção do uso da contra-transferência, como recurso para expressar os sentimentos que o analista experiencia em relação a seu paciente, enquanto material transmitido no campo transferencial. Tornando esses sentimentos conscientes, seu conteúdo podia ser interpretado e não atuado pelo analista. Uma comunicação não-verbal era estabelecida se o analista pudesse dar conta do que captou inconscientemente, sabendo distinguir entre os sentimentos despertados pelo analisando e os

<sup>382</sup> Freud ficara marcado pelo desfecho do caso Dora: “embora, sentisse o ferimento, não conseguia defini-lo claramente, pois este o afetava demais.” Era “capaz de ver que se descuidara em reconhecer a transferência de Dora sobre ele; mas, o que era pior, não conseguira reconhecer sua transferência sobre Dora: o funcionamento do que ele veio a chamar de contratransferência havia escapado à sua auto-observação analítica.” Esta lição marcou-o dolorosamente: sentiu que “podia ser assaltado por emoções que, por vezes, toldavam suas percepções enquanto terapeuta.” (Gay, 1989: 240).

<sup>383</sup> Como mostram suas histórias clínicas, Freud “deu devida atenção à transferência, mas não a interpretou antes de qualquer outra coisa.” (Balint, [1968] 1993: 156).

seus próprios. Se ele fosse capaz de elaborar seus próprios conflitos e ansiedades infantis, podia evitar de “atribuir ao paciente o que pertence a si mesmo.” Ao comparar os sentimentos surgidos em si “com as associações e comportamentos do paciente, o analista possui um meio de maior valor para checar se ele entendeu ou não seu paciente”, através de uma conexão profunda que “chega à superfície na forma de sentimentos”. Faz parte da tarefa analítica “sustentar os sentimentos que são provocados nele, em oposição a descarregá-los” (Heimann, 1949-50: 74, 75 e 77, apud Coelho, 2002: 47 e 48).

Ferenczi dedicou-se, como Balint e Winnicott, à questão dos “pacientes difíceis, diante dos quais nos sentimos perplexos e incertos”, mesmo através de “interpretações bastante corretas em momentos bastante sensíveis”. Para eles, era função do analista encontrar as técnicas mais efetivas para atender as especificidades de cada tratamento, uma vez que conservar os parâmetros da técnica clássica significava aceitar a estrita seleção de pacientes, o que lhes parecia inadmissível. Era necessário estudar as relações primitivas, não edípicas, seus fatores constitutivos, de modo a compreender as condições de “utilizá-las como veículo de intervenções terapêuticas”, ao invés de deixá-las a cargo de outros profissionais<sup>384</sup> (Balint, [1968] 1993: 3 e 94).

“A terapia psicanalítica, mesmo no sentido clássico de um ‘espelho bem polido’, é essencialmente uma relação objetal; todos os eventos, que finalmente conduzem a modificações terapêuticas na mente do paciente, são iniciados por eventos ocorridos em uma relação bipessoal, isto é, acontecem essencialmente entre duas pessoas e não apenas em uma delas.”<sup>385</sup> (Balint, [1968] 1993: 9).

A dosagem entre interpretação e manejo da relação transferencial é particularmente relevante no tratamento de pacientes regressivos. Nesse estado “a relação objetal é o fator terapêutico mais importante e confiável”, sendo o uso da palavra limitado e incerto, “enquanto que, nos estados posteriores à emergência do paciente de sua regressão, as interpretações recuperam sua importância.” (Balint, [1968] 1993: 159).

Ferenczi fez investigações clínicas sistemáticas na tentativa de criar “relações objetais mais adequadas às necessidades de alguns pacientes do que a atmosfera de uma situação

---

<sup>384</sup> A técnica clássica se expandiu em direção à análise infantil, onde “foi preciso desenvolver novas técnicas, para encontrar uma nova situação terapêutica.” Não ficou destinada aos psicólogos da educação, tornando-se “um estudo especializado (...) parte integrante do corpo da psicanálise.” Por que então o paciente regressivo deveria “ser entregue aos analistas ‘selvagens’, aos ecléticos, ao psiquiatras gerais - ou, talvez, aos que curam pela fé?” Ressalta assim a tarefa e o papel das “psicoterapias não clássicas e também dinâmicas” (Balint, [1968] 1993: 92).

<sup>385</sup> “(...) essa influência se dá pela transferência, isto é, essencialmente através de uma relação objetal.” (Balint, [1968] 1993: 5 e 6).

analítica”, segundo as recomendações técnicas clássicas de Freud.<sup>386</sup> Em sua última fase, abriu mão da abstinência proposta por Freud, ao perceber que “respondendo positivamente às expectativas, demandas ou necessidades dos pacientes” e compreendendo seus significados, poderia reativar uma análise estagnada (Balint, [1968] 1993: 140 e 160).

Balint sentiu-se estimulado a aprofundar as investigações de Ferenczi ao acompanhar alguns de seus últimos pacientes, sobretudo pela “forma como falavam sobre suas experiências, durante seu tratamento com ele e inclusive depois.” (Balint, [1968] 1993: 141). Para ele, Ferenczi não chegou a perceber o diagnóstico diferencial entre dois tipos de regressão, “benigna” e “maligna”, que só foi desenvolvido a partir dos anos 50. Desde então ele e Winnicott, entre outros analistas, exploraram esse campo da experiência clínica diferenciando a demanda regressiva por reconhecimento da satisfação de anseios pulsionais.<sup>387</sup> Resultados estimulantes levaram-nos a experimentar a regressão desde o início e com pacientes graves. Usando a contratransferência como um guia sinalizador dos processos identificatórios, ofereciam um suprimento ambiental para o paciente poder lidar com o material clínico emergente. Consideravam que a desproporção entre gratificação e frustração não tem essa extensão no desenvolvimento humano. “Por negligenciar os efeitos dessa distorção a teoria psicanalítica nos levou, inevitavelmente, a exagerar a importância (...) da frustração” (Balint, [1968] 1993: 26).

A ampliação da experiência clínica na psicanálise desde os anos 20 propiciou o tratamento de pacientes antes considerados não analisáveis. Mas esse avanço técnico foi acompanhado por “dificuldades, tanto em nossas descrições teóricas como em nossa habilidade técnica.” (Balint, [1968] 1993: 11).

A seguir exponho as investigações técnicas de Ferenczi, Balint e Winnicott, explorando a clínica de pacientes regressivos.

---

<sup>386</sup> Encontramos essa concepção que relativiza o papel da linguagem na cura analítica, em “Análise de crianças com adultos” ([1931] 1992b) e “Confusão de línguas entre a criança e os adultos” ([1933] 1992b) e em suas “Notas e fragmentos” ([póstumo] 1992b). Apesar disso, desenvolvimentos posteriores de outros autores raramente o mencionaram.

<sup>387</sup> Balint e Winnicott pesquisaram, por muitos anos, a regressão na situação analítica. Ver, p.ex., Balint ([1968] 1993) e Winnicott ([1958] 1993) e ([1965] 1990). Balint também recomenda os trabalhos de LITTLE, M.. “The analyst’s total response to his patient’s needs”, in: *International Journal of Psychoanalysis*, v. 38; KHAN, M.. “Dream psychology and the evolution of the psychoanalytic situation”, in: *International Journal of Psychoanalysis*, v. 43 e LOACH, Wolfgang. “Regression”, in: *Psyche*, v. 17, pp. 516 - 545.

## 7.1 A clínica psicanalítica de Ferenczi

Ferenczi ampliou o alcance de sua clínica abarcando casos considerados difíceis, que não tinham sido bem sucedidos em outros tratamentos. Defrontando-se com os impasses clínicos como desafios para sua prática, ao invés de responsabilizar os pacientes pelas dificuldades encontradas ou considerá-los contra-indicados para análise, dedicou-se a uma pesquisa do desenvolvimento da técnica deparando-se continuamente com os avanços e limites de sua investigação.

“Foi, portanto, a contragosto que me resolvi a abandonar os casos mais correntes para tornar-me, pouco a pouco, um especialista de casos particularmente difíceis, dos quais me ocupo agora já lá vai um bom número de anos. Fórmulas tais como ‘a resistência do paciente é insuperável’ ou ‘o narcisismo não permite aprofundar mais este caso’, ou mesmo a resignação fatalista em face do chamado estancamento de um caso, eram e continuam sendo para mim inadmissíveis. Pensava que, enquanto o paciente continua comparecendo, o fio de esperança não se rompeu. Portanto, eu tinha que fazer-me de forma incessante a mesma indagação: a causa do fracasso será sempre a resistência do paciente, não será antes o nosso próprio conforto que desdenha adaptar-se às particularidades da pessoa, no plano do método?” (Ferenczi, [1931] 1992b: 71).

Para ele, Freud, desenvolveu seu “método de trabalho psicoterapêutico” até desembocar “numa psicologia e numa visão de mundo completas”. Ao sistematizar “os primeiros elementos de uma investigação metódica sobre o psiquismo”, permitiu que a psicanálise não se restringisse a um dom pessoal intransmissível. A técnica analítica permitiu transformar “a arte do conhecimento dos homens numa espécie de profissão”, agregando o instrumental e a ciência do ofício, de modo a “trabalhar ‘*cito, tuto et jucunde*’ [rapidamente, na segurança e alegria]”. Criava assim um “acesso às profundezas insuspeitadas da vida psíquica de outrem”, através da “análise dos atos falhos da vida cotidiana, dos sonhos e, sobretudo, das associações livres” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 25 e 26).

Lembrava que nas primeiras comunicações sobre a técnica de Freud, “grande liberdade era deixada a esse respeito à avaliação pessoal do analista, na medida em que pudesse explicar a si mesmo as conseqüências metapsicológicas de sua conduta.”<sup>388</sup> Evocando sua posição “intermediária entre professor e aluno”, Ferenczi sentia-se com autoridade para

---

<sup>388</sup> Apesar de suas recomendações objetivas, presentes nos artigos sobre a técnica, onde para falar sobre o papel do analista Freud recorre as frias imagens do cirurgião e da superfície vazia do espelho, sua prática foi bastante mais flexível e acolhedora diante da variedade de manifestações do sofrimento humano e das contingências de se portar diante dele. Nos casos clínicos, encontramos sua forma de lidar com o manejo da transferência, as modificações que introduz na prática do tratamento, sua flexibilidade, suas ênfases e pontos cegos.

lembrar que as perspectivas baseadas nas últimas descobertas não podem deixar de considerar tudo o que “foi confirmado pela experiência” (Ferenczi, [1930] 1992b: 53, 54 e 59).

Ressalta que um dos princípios básicos da psicanálise é a epistemologia da técnica, uma vez que a fonte do saber analítico é a prática clínica. Desde a pré-história da psicanálise “a distinção teoria-técnica era puramente artificial e respondia a considerações de natureza didática”. Para aprofundar-se no domínio da técnica Ferenczi sentiu-se “levado a rever uma parte do conteúdo desse saber.” ([1930] 1992b: 54).

“O tratamento catártico da histeria, precursor da psicanálise, foi a descoberta comum de uma doente genial e de um médico de espírito aberto. A paciente tinha experimentado em si mesma que alguns dos seus sintomas desapareciam quando conseguia relacionar fragmentos de suas falas ou gestos, expressos em estados de exceção, com impressões esquecidas de sua vida anterior. O extraordinário mérito de Breuer foi ter seguido as indicações metódicas de sua paciente e ter também acreditado na realidade das lembranças que surgiam, sem descartá-las de imediato, como era o habitual, como invenção fantasística de uma doente mental.”<sup>389</sup> (Ferenczi, [1930] 1992b: 54).

Breuer acabou abandonando a paciente e o método ao se deparar com as manifestações de uma transferência erótica intensa. Suas deduções teóricas acabaram “deixando de lado todo o domínio psíquico e emocional”, o que Freud tentou resgatar. Mas, no entender de Ferenczi, com a técnica da associação livre, a “relação intensamente emocional, de tipo hipnótico-sugestiva (...) esfriou progressivamente para converter-se numa espécie de experiência infinita de associações, logo, um processo essencialmente intelectual.” ([1930] 1992b: 54 e 55).

Mas Freud sempre persistiu em suas investigações. Alguns fracassos clínicos frustrantes (o caso Dora, p.ex.) compeliram-no “a restabelecer a afetividade na relação analista-analisando, que tinha sido manifesta e erroneamente negligenciada durante um certo tempo.” Não mais “sob a forma da influência por hipnose ou sugestão, mal conhecida em sua natureza e muito difícil de dosar, mas conferindo mais atenção e valor aos sinais de transferência dos afetos e de resistência afetiva que se manifestavam na relação analítica.”<sup>390</sup> (Ferenczi, [1930] 1992b: 55).

<sup>389</sup> Em vários momentos de sua obra Freud discorreu sobre a história da teoria e da técnica psicanalítica. Ver, p. ex., Freud, [1913a] 1989: 176, [1914a] 1989: 193, [1917 b] 1989: 526).

<sup>390</sup> “A psicanálise foi concebida, inicialmente, como uma medida de resposta catártica a choques traumáticos não liquidados e a afetos imobilizados, depois voltou-se para o estudo aprofundado de fantasias neuróticas e de seus diferentes mecanismos de defesa. Em seguida, concentrou-se mais na exploração da relação afetiva pessoal entre o analista e o seu paciente” (Ferenczi, [1930] 1992b: 63).

Foi esse estado da técnica psicanalítica que Ferenczi encontrou, tornando-se um analista dedicado ao seu desenvolvimento.<sup>391</sup> Eminentemente clínico expôs a crença que alicerça suas investigações técnicas:

“Uma espécie de fé fanática nas possibilidades de êxito da psicologia da profundidade fez-me considerar os eventuais fracassos menos como conseqüência de uma ‘incurabilidade’ do que da nossa própria inépcia, hipótese que me levou necessariamente a modificar a técnica nos casos difíceis em que era impossível obter êxito com a técnica habitual.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 70).

Para ele, as doenças não deviam “ser relacionadas em função de sua anasabilidade com a técnica analítica existente”. Era a própria “técnica que devia ser modificada, adaptada, desenvolvida em função das necessidades dos doentes.” (Dupont<sup>392</sup>, Sabourin, 1988: 112). Atribuía muito valor “aos resultados terapêuticos, no sentido de um maior bem-estar do paciente” mas admite que a adaptação da técnica não é nada simples ([1930] 1992b: 62).

No início de sua clínica, Ferenczi teve vários êxitos com o método hipno-catártico de Breuer e Freud. Mas não tardou “em descobrir que quase todas essas curas de sintomas só produziam resultados provisórios”, até sentir-se “progressivamente curado do [seu] excessivo otimismo.” Através do contato com Freud, aprofundou-se na técnica da associação livre, da análise das resistências e da transferência, seguindo as orientações técnicas que foram sendo publicados. Enquanto seus “conhecimentos psicológicos iam se aprofundando, os resultados rápidos e espetaculares faziam-se, em contrapartida, cada vez mais raros.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 56 e 57).

Em 1924, no trabalho com Rank, afirmaram que “*a importância científica de um correto manejo da técnica* foi desprezada até agora e é tempo de avaliá-la em seu justo valor.”<sup>393</sup> Alegavam: “não se pode negar o surgimento nestes últimos anos de uma desorientação crescente entre os analistas, sobretudo no que diz respeito aos problemas técnicos apresentados pela prática.” Como Freud “deu sempre provas de extrema reserva nesse domínio e não publica há uma dezena de anos qualquer obra de ordem técnica”, os analistas continuavam se apoiando em “seus raros artigos técnicos (...) certamente incompletos e ultrapassados em certos pontos de vista pela evolução atual”. Criticavam o fato de “que a maior parte desses analistas, reduzidos ao estudo da literatura, estejam aferrados

---

<sup>391</sup> “(...) não é a mesma coisa receber uma tradição já feita e acabada, por válida que seja, ou estabelecer uma por si mesmo.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 55).

<sup>392</sup> DUPONT, Judith. “Les sources des inventions”, in: Ferenczi-Groddeck, *Correspondence*. Payot.

<sup>393</sup> Grifos dos autores.

com excessiva rigidez a essas regras técnicas, incapazes de articulá-las com os progressos” teóricos (Ferenczi e Rank, [1924a] 1993: 226 e 239).

Segundo eles, o “fator técnico-terapêutico” foi negligenciado em relação ao desenvolvimento teórico<sup>394</sup>, embora constituísse “o núcleo primitivo do processo e o verdadeiro estímulo de todos os avanços importantes da teoria.” Afirmaram que se “a psicanálise chegou (...) a uma *fase de conhecimento*” dos mecanismos psíquicos, ao mesmo tempo, “os resultados terapêuticos, tão impressionantes no começo, tornaram-se insatisfatórios”. Críticos em relação à ênfase interpretativa e privilegiando o espaço intermediário que se estabelece na relação analítica, em detrimento das investigações dos conteúdos intra-psíquicos, concluíam que “as dificuldades técnicas surgiram de um *saber excessivo* do analista.” Para eles era momento de “harmonizar o saber recém adquirido e o poder terapêutico, tendo o primeiro superado de longe o segundo.” Pretendiam dedicar-se então à “*fase do experimentado*” e “colocar o saber adquirido pela psicanálise totalmente a serviço do tratamento” (Ferenczi e Rank, [1924a] 1993: 226, 232, e 240). A ilusão de uma técnica unívoca de alcance universal, corresponderia a um *acting* do analista, sua contra-transferência atuada.

Balint distinguiu três períodos na obra ferencziana no que se refere à teoria da técnica. Primeiro, as “contribuições para a técnica clássica”, quando propôs-se a dilatar o campo de observação do inconsciente, aproximando-se da psicose e das estruturas *border lines*.<sup>395</sup> Depois desenvolveu as investigações acerca da “técnica ativa” ([1919b, 1921] 1993) até sua auto-crítica e reavaliação ([1926b] 1993), no sentido de “assegurar-se de que a tensão e o desprazer na situação analítica jamais ultrapassariam o nível que o paciente - com a sua estrutura do ego do momento, todos os seus conflitos neuróticos e todas as suas cicatrizes traumáticas - poderia suportar em total segurança.” Buscava “melhorar a sua compreensão dos pacientes e desenvolver uma empatia segura, permitindo-lhe assim intervir no tratamento no bom momento e da maneira correta.” (Balint, [1967] 1992b: XXIV e XXV).

Passou então a privilegiar a flexibilidade da técnica de modo a fornecer o suporte necessário para cada momento, explorando as noções de “elasticidade da técnica”, de “tato psicológico” e do “sentir com” ([1928a e c] 1992b). Daí desenvolveu a noção de acolhida e o “princípio de relaxamento e neocatarse”, propondo paciência, delicadeza e até indulgência. ([1929, 1930, 1931] 1992b). Em seus últimos trabalhos defendeu uma atitude ética na clínica,

<sup>394</sup> Nota de Ferenczi: “Única exceção, as tentativas do autor com o propósito de estabelecer a necessidade de uma intervenção ativa na técnica.” (Ferenczi, 1924a: 226)

<sup>395</sup> Ver artigos dos vols. I e II das Obras Completas de Ferenczi.

através da sinceridade do analista, evitando retraumatizar os pacientes com hipocrisias e boas intenções ([1932] 1990; [1933] 1992b).

Teoricamente enfatizando a imbricação do meio ambiente na constituição do sujeito e os traumatismos daí decorrentes, e a necessidade do meio familiar se adaptar a criança, Ferenczi procurou adaptar sua clínica às situações mais diversas renunciando à “idéia de técnica pré-estabelecida, com vistas a uma ‘capacidade de estar junto’, solicitando a mesma honestidade da parte do analista que é solicitada ao paciente.” (Sabourin, 1988: 218).

“O grande problema que ocupou Ferenczi praticamente ao longo de toda a sua vida profissional foi apurar como o analista devia modificar a sua técnica a fim de permitir a seu paciente desenvolver a boa espécie e a boa quantidade de amor de transferência, que o ajudaria a realizar a adaptação necessária no decorrer de seu tratamento psicanalítico.” (Balint, [1967] 1992b: XXIV).

#### 7.1.1 Os experimentos técnicos de Ferenczi: a “técnica ativa”<sup>396</sup>

Próximo ao fim da primeira guerra mundial Ferenczi iniciou, “com o completo apoio de Freud”, a primeira fase de seus experimentos técnicos com a técnica ativa (Balint, [1967] 1993: 115). Atribuiu (Ferenczi, [1919b] 1993) o protótipo da técnica ativa à apresentação de Freud no Congresso de Budapeste (1918), quando este afirmara que se a intervenção fosse no momento e da forma adequada acarretaria uma evolução no tratamento. Referindo-se a fóbicos e obsessivos graves<sup>397</sup> dizia que “uma espera passiva seria ainda mais contraindicada”, pois levaria “a um prolongamento interminável do tratamento.” (Freud, 1919, apud Sabourin, 1988: 115). Mas essa intervenção ativa foi para Freud um “último recurso, verdadeiro expediente provisório em relação ao próprio princípio da *talking-cure*.” (Sabourin, 1988: 115). Depois, “quando suas experiências o convenceram de que o sucesso era ilusório e imprevisível, abandonou a idéia, não mais a mencionando em seus trabalhos posteriores a 1918.” (Balint, [1967] 1993: 116).

Já Ferenczi desenvolveu essa pesquisa técnica até 1926. Essas intervenções eram concebidas como excepcionais, para serem utilizadas para reativação do processo analítico em

<sup>396</sup> Cinco artigos compõem o período de investigações a respeito da técnica ativa: “Dificuldades técnicas de uma análise de histeria” (1919b); “Prolongamentos da técnica analítica” (1921); “Fantasias provocadas” (1924b); “Psicanálise dos hábitos sexuais” (1925); “Contra-indicações da técnica ativa” (1926b) – todos no volume III (1993).

<sup>397</sup> Ao mencionar a exposição de pacientes agorafóbicos às situações temidas e a determinação de um prazo para o término do tratamento (no caso do homem dos lobos).

momentos de estagnação, de intenso amor de transferência ou ao fim da análise. Assinalava que a atividade “utilizada como um fim em si mesma, só seria análise selvagem.” (Sabourin, 1988: 119). Recomendava não utilizar a técnica ativa no início do tratamento, enquanto não estivesse sido estabelecida uma relação transferencial consistente, mas ao mesmo tempo, reconhecia ser raro chegar ao término de uma análise sem algum tipo de intervenção ativa (Ferenczi, [1924b] 1993). O que está em questão não é “a passividade ou a atividade do terapeuta” mas “tornar ativo num certo número de pontos precisos o próprio paciente” através de prescrições provocantes ou paradoxais.<sup>398</sup> (Sabourin, 1988: 114).

A intervenção terapêutica visava uma atividade por parte do cliente: interdições das atividades inconscientes de “onanismo larvado”<sup>399</sup>, condutas agradáveis excessivas que “podem substituir toda a atividade sexual do sujeito” ou injunções ao ato sintomático, para a superação de inibições ou para a realização de ações evitadas, como fobias. O enfrentamento de certos hábitos, causavam mal estar e agitação no paciente, mas propiciava energia suficiente para a reativação do fluxo associativo de memórias e fantasias, que tendiam a remeter a circunstâncias traumáticas precoces, de modo que os afetos liberados “atraiam, de forma prioritária as representações que lhes são qualitativamente adequadas e historicamente correspondentes.” (Ferenczi, 1919b: 4 e 6 e [1921] 1993). Ao contrário do que denominava de “análise por cima”, a partir da associação livre, a técnica ativa referia-se à “análise por baixo”.

“(…) a nossa atividade apresenta-se, portanto, como um complemento necessário da técnica puramente passiva das associações, que parte de uma dada superfície psíquica e busca o investimento pré-consciente do material de representações inconscientes. Poderíamos chamar a esta última ‘análise pelo alto’ para distingui-la da primeira, que gostaria de denominar ‘análise por baixo’. A luta contra os ‘hábitos’, em particular contra os modos larvados e inconscientes de descarga libidinal que, de um modo geral, passam despercebidos, constitui um dos meios mais eficazes de aumentar as tensões internas.” (Ferenczi, [1925] 1993: 351 e 352).

Ferenczi investiga o corpo e suas razões, observando que “foi sempre a propósito de uma certa linguagem do corpo, testemunho do amor de transferência, que as dificuldades analíticas apareceram.” Ao abordar os caminhos de escoamento da energia psíquica no corpo, Ferenczi “acaba derrubando todas as barreiras artificiais entre doenças orgânicas e psíquicas”,

<sup>398</sup> Utilizada posteriormente também pela corrente de terapia de família de Milão, de Mara Selvini, seguindo os trabalhos de Victor Frankel e Gregory Bateson.

<sup>399</sup> Ferenczi relata um caso de análise estagnado, sendo a resistência encoberta pelo amor de transferência. A paciente comenta sobre “sensações por baixo”, enquanto mantém as pernas cruzadas por toda a sessão. Ferenczi destaca esse fato anódino, irrelevante, assinalando o “onanismo larvado” (deslocado e inconsciente), expresso em sua atitude corporal - “atividades aparentemente inofensivas e que passam despercebidas revelam de fato um refúgio da libido.” (Sabourin, 1988: 116).

perguntando-se: “Quanto ao ‘dizer tudo’ é só o que passa pela cabeça? Ou não seria também o que se passa pelo corpo?” (Sabourin, 1988: 92, 111 e 113).

A estratégica da técnica ativa mostrou-se eficaz no tratamento de neuroses de caráter, tíques e sintomas sexuais, exacerbando traços dos quais não se tinha consciência.<sup>400</sup> Ferenczi deslocava a ênfase da análise dos sintomas para os hábitos e automatismos que compunham o caráter, característica neurótica egossintômica.<sup>401</sup> “A técnica ativa apenas desempenha, por conseguinte, o papel de agente provocador, cujas injunções e interdições favorecem repetições que cumpre em seguida interpretar ou reconstituir<sup>402</sup> nas lembranças.” ([1921] 1993: 125).

Para Sabourin, o conceito de atividade não contradizia a regra fundamental e ainda radicalizava a regra de abstinência, pois não só os anseios não eram atendidos, como era imputada ao paciente uma tensão maior. Significava abandonar a artificialidade de uma objetividade passiva fixa, indo além da interpretação da transferência, recorrendo à comunicação não-verbal como instrumental analítico (1988: 114).

Ao contrário das propostas pedagógicas da psicologia do ego, as medidas da técnica ativa não objetivavam um padrão ou uma moral, mas agiam contra o princípio do prazer, provocando uma redistribuição da energia psíquica. No método catártico, a sugestão correspondia a um objetivo específico, a descarga de afetos sendo um fim em si mesmo. A técnica ativa era um meio para um fim e, assim como a interpretação, visava a superação de resistências e a retomada do fluxo associativo do psiquismo.<sup>403</sup>

Mas em alguns casos, Ferenczi percebeu que o recrudescimento intencional da tensão provocado por uma intervenção ativa gerava uma resignação passiva ou reações regressivas intempestivas de seus pacientes, levando o tratamento ao impasse. Em “Contra-indicações da técnica ativa” admitiu ter-se excedido, passando a abandonar o que essa técnica podia ter de traumático mas mantendo a avaliação de que “essa experiência afetiva não deixava de apresentar certas vantagens para a análise” ([1926b] 1993: 367).

Criticava não propriamente a atividade mas “o fenômeno de chantagem inerente à injunção”. Chega a propor uma reavaliação da proposta da atividade, “tão louvada e tão

---

<sup>400</sup> Em casos de impotência, Ferenczi recomendava um período de abstinência, a *prescrição paradoxal do sintoma*. Diminuíam assim a angústia, “desaconselhando as tentativas de coito, enquanto a verdadeira libido, com suas características precisas, não tiver surgido em resultado da análise” (Ferenczi, [1921] 1993: 120).

<sup>401</sup> “(...) o mecanismo dos sintomas estava misturado de maneira excessivamente íntima com os traços de caráter patológicos. (...) faz-se necessário colocá-los em evidência e, no caso, ligá-los às correspondentes experiências infantis esquecidas” (“O tratamento psicanalítico do caráter”, [Artigos póstumos] 1992b: 218).

<sup>402</sup> Ferenczi antecipa a noção de construção, retomada por Freud (1937 b). A precaução com a atividade proposta por Ferenczi é similar a que Freud recomenda a respeito das construções em análise.

<sup>403</sup> “(...) nunca se deve perder de vista que essa atividade apenas pode ser qualificada de psicanalítica na medida em que não é utilizada como fim em si, mas como meio de investigação aprofundada.” (Ferenczi, [1921] 1993: 119).

vituperada” - mas que continuava a ser indicada em momentos precisos (Sabourin, 1988: 122). Resistia a abandoná-la por ser um recurso que fornecia material clínico importante e contribuía para alguns êxitos terapêuticos.

No entanto um bom número de fracassos desafiavam-no em seu axioma: “enquanto um paciente quer prosseguir em seu tratamento, cabe ao analista encontrar as técnicas necessárias para ajudá-lo, sejam quais forem as dificuldades dessa tarefa.” Suas experiências clínicas tinham-lhe ensinado que todo acontecimento na cena analítica “deve ser compreendido como uma interação entre a transferência do paciente, isto é, sua compulsão à repetição, e a contra-transferência do analista, ou seja, sua técnica.” Como a transferência era uma dinâmica que tinha seu próprio ritmo e percurso, “para sair do impasse, era necessário aceitar a modificação do outro fator; a técnica.” (Balint, [1967] 1992b: XVIII). Começou atenuando a intervenção ativa, substituindo as injunções e interdições, por conselhos e sugestões.<sup>404</sup> Passou depois a desenvolver a noção de *elasticidade técnica* e depois, o *princípio de relaxamento e neocatarse* propondo o que poderia ser descrito como uma presença ambiental ativa.<sup>405</sup>

### 7.1.2 A “elasticidade da técnica” e o “tato psicológico”

Um dos mais importantes textos técnicos de Ferenczi, a “Elasticidade da técnica psicanalítica” marcou o início da passagem da técnica ativa para o princípio do relaxamento, deslocando a ênfase das intervenções para a capacidade de acolher e reconhecer as necessidades do paciente através de uma presença suficientemente flexível. Ressaltava então o valor da paciência no tratamento analítico: “o próprio doente acabará, cedo ou tarde, por perguntar se pode arriscar tal ou qual tentativa (por exemplo, ultrapassar uma construção fóbica) (...) cabe ao paciente determinar ou, pelo menos, indicar sem mal-entendido possível, o momento da atividade.” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 33).

Ferenczi fez um exame crítico dos princípios técnicos da abstinência e da frustração<sup>406</sup> e preconizou a “elasticidade, eventualmente mesmo às custas das nossas teorias (que não são, por certo, imutáveis, ainda que constituam instrumentos provisoriamente utilizáveis).” ([1930]

<sup>404</sup> “(...) permanecendo sempre pronto a retirá-las se verificasse que eram um obstáculo ou que provocavam resistências.” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 33).

<sup>405</sup> Que inclui momentos de repouso e silêncio compartilhados.

<sup>406</sup> Em “A adaptação da família à criança”, “O problema do fim da análise” e “Elasticidade da técnica psicanalítica”, todos de 1928, iniciando a última fase de suas elaborações técnicas (1928-1933) - volume 4 das obras completas (1992b).

1992b: 57). Gradativamente foi abandonando a intervenção ativa e adotando a flexibilidade, evitando frustrar o paciente inutilmente.

“Aceito fazer minha a expressão ‘elasticidade da técnica analítica’ forjada por um paciente. É necessário, como uma tira elástica, ceder às tendências do paciente mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não estiver plenamente provada.”<sup>407</sup> (Ferenczi, [1928c] 1992b: 31).

Com a elasticidade da técnica propunha a adaptação da psicanálise à singularidade de cada paciente, lembrando que “se trata, antes de tudo, de uma questão de tato psicológico” (Ferenczi, 1928b: 26). Para ele, o tato não devia ser considerado apenas um fator subjetivo a mercê dos complexos pessoais do analista ou a justificação do arbitrário, mas uma forma de

“saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. Como se vê, com a palavra ‘tato’ somente consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é o tato? A resposta a esta pergunta não nos é difícil. O tato, é a faculdade de ‘sentir com’ (*Einfühlung*). (...) Não existe nenhuma diferença de natureza entre o tato que se exige de nós e a exigência moral de não fazer a outrem o que, em circunstâncias análogas, não gostaríamos que outros nos fizessem.” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 27).

Se “aprender a suportar um sofrimento constitui um dos resultados principais da psicanálise”, uma pressão “desprovida de tato, fornecerá apenas ao paciente a oportunidade, ardentemente desejada pelo inconsciente, de subtrair-se à nossa influência.” A “oportunidade de uma comunicação e a forma de que deve revestir-se” deve ser pensada sem “estimular a resistência do paciente, de maneira inútil ou intempestiva”. Nesse caso, o processo analítico “se desenrola sob os nossos olhos” e não a partir de um plano pré-concebido (Ferenczi, [1928c] 1992b: 27 e 28).

“Ser parcimonioso nas interpretações, em geral, nada dizer de supérfluo, é uma das regras mais importantes da análise; o fanatismo da interpretação faz parte

<sup>407</sup> No próprio artigo cita o comentário de um colega que mantém anônimo:

“O título (Elasticidade) é excelente e mereceria receber uma aplicação mais ampla, pois os conselhos técnicos de Freud eram essencialmente negativos. O que lhe parecia ser o mais importante era ressaltar o que não se devia fazer, assinalar as tentações que surgiam na contracorrente da análise. Quase tudo o que se deve fazer de positivo, ele relegou ao tato que você mencionou. Mas o resultado assim obtido foi que os sujeitos obedientes não perceberam a elasticidade dessas convenções e se submeteram a elas como se fossem leis-tabus. Era preciso que isso viesse a ser revisto um dia, sem anular, evidentemente, as obrigações.” (apud Ferenczi, [1928c] 1992b: 35).

das doenças de infância do analista. Quando se resolve as resistências do paciente pela análise, chega-se algumas vezes, a estágios em que ou ele realiza todo o trabalho de interpretação quase sozinho, ou apenas com uma ajuda mínima.” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 33).

Ferenczi sabia que a indicação da elasticidade da técnica e do tato psicológico conduziria a falsas interpretações e abusos, como ocorrera com a técnica ativa.<sup>408</sup> Ressaltava que essas proposições não buscavam “ênfatar, no tratamento, o fator subjetivo, isto é, a intuição, e subestimar o outro fator que sublinhei como sendo decisivo, a apreciação consciente da situação dinâmica.” Era necessário o analista manter a avaliação crítica de suas próprias tendências, numa “oscilação perpétua entre ‘sentir com’, auto-observação e atividade de julgamento.” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 32 e 36).

“(…) o procedimento que aplico e recomendo, a elasticidade, não equivale, em absoluto, a ceder sem resistência. Procuramos, é certo, colocar-nos no diapasão do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também nos atemos com firmeza, até o fim, a nossa posição ditada pela experiência analítica.” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 36).

Se a suavidade, convém a um psicanalista, diz Ferenczi, a firmeza nos limites também.<sup>409</sup> Tinha como referências: a “técnica clássica, com sua passividade objetiva e benevolente, sua paciência aparentemente imperturbável e ilimitada” e, por outro lado, a técnica ativa, com suas intervenções, que tinha fracassado por conduzir “a uma reativação das experiências traumáticas da infância na situação analítica”, em condições não suficientemente favoráveis para levar a uma resolução ([1928a] 1992b: 13). Permanecia atento aos limites e perigos de sua investigação clínica, particularmente em relação ao risco do abuso de poder. Percebeu que precisava apurar até onde a elasticidade devia ir, sabendo que existia “um grau de tensão ótimo, mais ou menos característico de cada paciente” que, mantido na situação analítica, propiciava “o melhor progresso do tratamento.” (Balint, [1967] 1992b: XXII).

---

<sup>408</sup> Tinha ciência que alguns analistas usaram a atividade “para a aplicação de medidas de coerção, inteiramente não-analíticas e até, por vezes, impregnadas de sadismo.” Esperava que a ênfase na paciência e tolerância do analista não propiciasse uma técnica masoquista (Ferenczi, [1928c] 1992b: 36)..

<sup>409</sup> Postura clínica muito similar a de Winnicott, ver p.ex., a seguir, nota 480, p. 176.

### 7.1.3 O princípio de relaxamento e neocatarse: acolhendo a regressão<sup>410</sup>

As investigações técnicas de Ferenczi acentuaram-se na direção da flexibilidade, do relaxamento e da tolerância. Propunha cultivar com o paciente a “faculdade de desfrutar a felicidade onde ela realmente for oferecida”, antes de abordar as exigências características da análise que permitia “uma adaptação à realidade rica em frustrações” ([1929] 1992b: 51).

A técnica do relaxamento e a experiência neocatártica permitia ampliar os instrumentos habituais do tratamento psicanalítico que não pareciam suficientes no caso de pacientes regressivos. O tratamento deveria permitir a regressão até a situação traumática e disponibilizar o suprimento ambiental necessário, atentando para o grau de tensão que se poderia suportar nestas condições. Esses pacientes “precisam é de ser verdadeiramente adotados e de que se os deixe pela primeira vez saborear as bem-aventuranças de uma infância normal.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 67 e 68).

Referindo-se a pacientes que perderam precocemente o gosto pela vida, por terem sido mal acolhidos por seu ambiente de origem, prescrevera:

“deve-se deixar, durante algum tempo, o paciente agir como uma criança (...). Por esse *laisser-faire* permite-se a tais pacientes desfrutar pela primeira vez a irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo.” (Ferenczi, [1929] 1992b: 51).

A partir desses casos em que a experiência de sofrimento era tal que o paciente expressava que “a vida não vale a pena de ser vivida”, passou a investigar a “gênese das tendências inconscientes de auto-destruição”, analisando “certos distúrbios circulatórios e respiratórios, de origem nervosa, em particular a asma brônquica, mas também casos de inapetência total e emagrecimento, anatomicamente inexplicáveis” (Ferenczi, [1929] 1992b: 48).

Apresentando o “princípio de relaxamento e neocatarse”<sup>411</sup> no Congresso Internacional de Psicanálise de Oxford (1929), ressaltou que alguns de seus colegas qualificariam-no de

<sup>410</sup> Textos de referência: “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929), “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) e “Análise de crianças com adultos” (1931) – todos no volume IV das Obras Completas (1992b).

<sup>411</sup> Título do artigo publicado no ano seguinte. No Congresso, a conferência denominava-se “Progressos da técnica psicanalítica”. É possível que a mudança do título tenha a ver com a pouca receptividade encontrada.

retrocesso. Não considerava, porém, contraditório denominar de progresso “o retorno a uma tradição mais antiga, injustamente negligenciada”<sup>412</sup> (Ferenczi, [1930] 1992b: 53).

“(…) não há por que assustar-se com o súbito aparecimento, na psicanálise moderna, de fragmentos de uma técnica e de uma teoria antigas; recordemos simplesmente, nesta ocasião, que a psicanálise, até o presente, não deu um único passo, no decorrer de sua progressão, que tivesse sido necessário apagar como inútil, e que devemos estar sempre na expectativa de descobrir novos filões de ouro nas galerias provisoriamente abandonadas.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 63).

Ferenczi não via porque limitar as intervenções às interpretações, quando não se podia assegurar por interpretações o restabelecimento da tensão ótima necessária. Sua experiência levou-o “à conclusão de que um recurso honesto à afeição e à gentileza sinceras podia ser autorizado nos casos em que suas interpretações mostraram ser ineficazes e inúteis.” (Balint, [1967] 1992b: XXII). Percebeu que “respondendo positivamente às expectativas, demandas ou necessidades dos pacientes”, depois de compreendido o seu significado, poderia reanimar uma análise prolongada e improdutiva. Mas o princípio de relaxação significava abrir mão da *abstinência*. (Balint, 1993: 140).

Admitiu que em sua longa prática clínica, esteve “constantemente na situação de transgredir ora um ora outro dos ‘Conselhos técnicos’ de Freud.”<sup>413</sup> Para evitar a interrupção repentina de uma reação emocional, algumas vezes prolongava a sessão até esgotá-la (chegando, em alguns momentos críticos, a atender um mesmo paciente duas vezes no mesmo dia).

“Frequentemente, quando eu não queria ou não podia fazê-lo, a minha rigidez provocava um aumento supérfluo da resistência e uma repetição demasiado literal de acontecimentos traumáticos da pré-história infantil, e custava muito tempo para

---

<sup>412</sup> Depois da análise das associações e das resistências e toda a metapsicologia retornaria à velha “amabilidade” (*Freundlichkeit*) e à catarse? Ressalta então a “diferença imensa entre esse desfecho catártico de uma longa psicanálise e essas erupções emocionais e mnêmicas, fragmentárias, de efeito apenas passageiro, que eram as únicas que a catarse primitiva podia provocar.” O material mnêmico emergente através da neocatarse resgatava “importância ao fator traumático original na equação etiológica das neuroses.” Baseado “na experiência fornecida pela terapia do ‘relaxamento’ acredita que uma análise para ser concluída, precisava alcançar esse material” (Ferenczi, [1930] 1992b: 63 e 64).

<sup>413</sup> Reconheceu que “tinha os maiores escrúpulos de consciência por causa de todas essas infrações a uma regra fundamental”. P.ex., a fidelidade ao “divã foi ocasionalmente traída pelo impulso incontrolável dos pacientes para levantar-se de um salto, ficar perambulando pelo gabinete ou falar comigo de olhos nos olhos.” Circunstâncias difíceis da realidade colocaram-no “muitas vezes diante da alternativa ou de interromper a análise, ou de transgredir a regra habitual e prosseguir com a análise sem contrapartida financeira; não hesitei em optar por esta última solução e, em geral, não me dei mal.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 58 e 59).

Afirmava que não se dava a atenção necessária a parte financeira do tratamento: “algo em nós parece considerar a assistência médica - de fato, fornecida primeiro na infância pelas pessoas encarregadas de cuidar da criança - como algo evidente e incontestável”. Ilustra com o caso de um paciente que no início da entrevista declarou-lhe: “Doutor, se me ajudar dou-lhe de presente toda a minha fortuna.” Respondeu-lhe: “Me contentarei com as 30 coroas por sessão.” No que o paciente emendou: “Não acha um pouco salgado?” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 31).

superar metade dos efeitos nefastos dessa identificação inconsciente no paciente.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 58).

A alternância entre tensão e relaxamento, corresponde a “um *princípio* pelo qual toda a análise se acha iluminada”<sup>414</sup> (Sabourin, 1988: 125). Essa alternância já operava na associação livre, uma vez que admitir sentimentos desagradáveis e vivenciar a frustração analítica provocava “a mobilização de conteúdos psíquicos até então recalcados”. A distensão e o relaxamento, por outro lado, permitiam que o paciente “abandonasse a posição surpreendentemente rígida de toda a sua musculatura e se permitisse maior liberdade e mobilidade”, autorizando também “uma liberdade na fala e na expressão de sentimentos de que, aliás, não se dispõe na vida corrente.” Por isso Ferenczi afirmou que permaneceu “fiel à aplicação (...) da técnica clássica da frustração na análise”, procurando encaminhar o tratamento servindo-se “com tato e compreensão das duas técnicas.” ([1930] 1992b: 59 e 66).

A educação infantil também consistia “em conceder ternura e amor, e em exigir renúncias dolorosas para adaptar-se a uma realidade repleta de desprazer.” Ferenczi interrogou-se continuamente qual a medida apropriada, “quando e como aplicar um ou outro desses princípios?” Privilegiou o pólo do acolhimento e do relaxamento de modo a contrapô-lo, complementarmente, ao pólo da frustração. Questionava se, seja na educação infantil ou na análise, “não se infligia ao paciente mais sofrimento do que é absolutamente necessário” (Ferenczi, [1930] 1992b: 59, 60 e 61).

Para Ferenczi, a utilidade dessa teoria da técnica justificava-se em sua prática clínica: “uma modificação da tática de frustração, antes rigorosa demais, acarretou, quando de uma nova tentativa de análise, resultados que são muito mais profundos” dada “a capacidade do relaxamento para transformar a tendência à repetição em rememoração.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 60). Narra um caso em que a paciente identificou-o com seus pais rígidos, repetindo suas reações de desafio, até que

“quando deixei de fornecer-lhe a ocasião, começou a distinguir o presente do passado e, após algumas explosões emocionais de natureza histérica, passou a lembrar-se dos choques psíquicos que sofrera em sua infância. A semelhança entre a situação analítica e a situação infantil incita mais, portanto, à repetição; o contraste entre as duas favorece a rememoração.”<sup>415</sup> (Ferenczi, [1930] 1992b: 66 e 67).

<sup>414</sup> Nas palavras de Ferenczi: “a psicanálise trabalha, de fato, com dois meios que se opõem mutuamente: produz um aumento de tensão pela frustração e um relaxamento ao autorizar certas liberdades.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 59 e 60).

<sup>415</sup> Reafirma três anos depois, em seu último artigo publicado: “Esse contraste é indispensável para que o passado seja reavivado, não enquanto reprodução alucinatória mas como lembrança objetiva.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 100).

A disponibilidade do analista em contraste com a experiência infantil permitia que o paciente, sentindo-se em um contexto ambiental assegurador, pudesse “mergulhar na reprodução do passado desagradável”: “o paciente relata-nos então as ações e reações inadequadas dos adultos, diante de suas manifestações por ocasião de choques traumáticos infantis, em oposição com a nossa maneira de agir.”<sup>416</sup> (Ferenczi, [1931] 1992b: 75 e 79). “Por contraste com o presente, tem-se assim uma chance maior e mais rápida de voltar a mergulhar no passado traumático, quando é possível esperar um restabelecimento definitivo, espontâneo e não mais fundamentado na autoridade.” (Ferenczi, [1/5/1932] 1990: 132).

Nessa linha de pesquisa Ferenczi foi “aprofundando a descontração física com vistas a uma regressão maior”, propiciando um “relaxamento profundo”, em que fragmentos do passado eram revividos (Sabourin, 1988: 126). Para ele, “a relação entre a profundidade da inconsciência e o traumatismo” justificava em si a tentativa de “investigar o evento comovente com a ajuda de um transe intencionalmente favorecido.” Para isso era necessário “o completo abandono de toda relação com o presente, e uma imersão completa no passado traumático.” Nesse momento a “única ponte entre o mundo real e o paciente em transe é a pessoa do analista”. Ele “leva o paciente, mergulhado no afeto, a um trabalho” elaborativo, estimulando-o com perguntas.<sup>417</sup> “Talvez não lhe possamos oferecer tudo o que lhe caberia em sua infância, mas só o fato de que possamos vir em sua ajuda já proporciona o impulso para uma nova vida, na qual se fecha o dossiê de tudo o que se perdeu sem retorno”<sup>418</sup> (Ferenczi, “Reflexões sobre o trauma”, [Artigos póstumos] 1992b: 113 e 117).

Em “Análise de crianças com adultos” Ferenczi explicou que a regressão na técnica foi imposta por fracassos terapêuticos. Ela visava propiciar a reprodução dos processos traumáticos que participaram da formação do caráter e dos sintomas. (Ferenczi, [1931] 1992b: 73). Sua experiência clínica levava-o a atenuar “a diferença, excessivamente acentuada até hoje, entre análise de crianças e análise de adultos.”<sup>419</sup> (Ferenczi, [1930] 1992b: 65).

---

<sup>416</sup> Antecipando a função do *setting* e do *holding* desenvolvida por Winnicott.

<sup>417</sup> Já afirmara isso: “Em certos casos, esses acessos histéricos assumiam as proporções de um verdadeiro estado de transe, no qual fragmentos do passado eram revividos, e a pessoa do médico era então a única ponte entre o paciente e a realidade; tornava-se possível fazer perguntas ao paciente e obter informações importantes sobre partes dissociadas de sua personalidade.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 62).

<sup>418</sup> Parece aqui inspirar a noção de *novo começo* desenvolvida por Balint, a seguir, pp. 165 a 168.

<sup>419</sup> Pede a seus colegas para não rejeitarem suas idéias até “quando tiverem adquirido experiências nas mesmas condições.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 82).

Segundo Ferenczi, depois do ensaio precursor do “Pequeno Hans” de Freud, a analista vienense, Sra. von Hugh Hellmuth, foi a primeira a ocupar-se metodicamente da análise de crianças e a concebê-la e propô-la como uma espécie de jogo infantil. Ela e Melanie Klein introduziram modificações técnicas substanciais, “quase sempre no sentido de uma atenuação do rigor técnico habitual.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 70). Quando Klein perguntava-lhe como ensinar o simbolismo às crianças, respondia-lhe: “- É você quem tem de aprender tudo delas” (Sabourin, 1992: VIII).

Em alguns casos estancados Ferenczi percebia que a associação livre era “uma seleção muito consciente de pensamentos”. Por isso, passara a propor ao paciente

“adotar um ‘relaxamento’ muito mais profundo, um abandono mais total às impressões, tendências e emoções interiores que surgem de um modo inteiramente espontâneo. Portanto, quanto mais verdadeiramente livre a associação se tornava, mais as falas e outras manifestações do paciente eram ingênuas - poderíamos dizer, infantis; com frequência cada vez maior, aos pensamentos e representações em imagens vinham misturar-se ligeiros movimentos de expressão, algumas vezes até ‘sintomas passageiros’ que eram então submetidos, como tudo o mais, à análise.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 71).

Remontando à vivência infantil, deixa “o paciente mergulhar em todos os estágios precoces do amor de objeto passivo<sup>420</sup>, onde, em frases murmuradas, como uma criança prestes a adormecer, ele nos permite entrever seu universo onírico.”<sup>421</sup> Às associações juntavam-se pequenas histórias, poemas, rimas, desenhos, em geral muito primitivos. A partir de procedimentos lúdicos, alguns pacientes entravam numa espécie de transe encenando acontecimentos traumáticos. Ferenczi constata que “esses jogos continham mais de uma realidade grave da infância.”<sup>422</sup> (Ferenczi, [1931] 1992 b: 73 e 78).

O jogo de perguntas e respostas que emerge como uma outra forma de retomar a associação livre paralisada, deveria limitar-se “a incitar as forças debilitantes do paciente a prosseguir o trabalho, a superar as inibições devidas à angústia”. Propunha “questões muito simples em vez de afirmações, o que obriga o analisando a continuar o trabalho por seus próprios meios.” Se não estiverem adaptadas à compreensão infantil, “o diálogo é

Anna Freud e Aichhorn foram outras referências importantes da análise de crianças. Anna comentou sobre as medidas técnicas adotadas por Ferenczi: “Você trata os seus pacientes como eu trato as crianças nas minhas análises infantis.” Ferenczi concordou, lembrando que em seu texto sobre as crianças mal acolhidas (1929), preconizou “uma espécie de acolhimento caloroso em preparação da análise propriamente dita das resistências.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 64 e 65).

<sup>420</sup> A noção de *amor de objeto passivo* foi desenvolvida por Balint através das noções de *amor e objeto primários*.

<sup>421</sup> Ferenczi comenta o caso de um paciente que depois de intensa resistência e desconfiança, permitiu-se reviver e elaborar acontecimentos de sua infância. “De repente, a meio de seu relato, passa-me um braço em redor do pescoço e murmura-me ao ouvido: ‘Sabe, vovô, receio que vou ter um bebê...’ Tive então a feliz idéia, parece-me, de nada dizer de imediato sobre a transferência ou alguma coisa no gênero, mas de lhe devolver a pergunta no mesmo tom sussurrado: ‘Ah, sim, por que é que você pensa isso?’ (...) “Como vêem, deixei-me levar para um jogo (...) inteiramente análogo aos processos que nos descrevem os analistas de crianças” ([1931] 1992b: 72 e 73).

<sup>422</sup> Ferenczi antecipa-se aos críticos: “pode-se ainda chamar psicanálise ao que se passa na análise de crianças com adultos?” Explosões afetivas, reproduções quase alucinatórias de cenas traumáticas, espasmos e parentesias, crises histéricas: “Onde está, então, a refinada análise econômica, tópica, dinâmica, a reconstrução da sintomatologia, a busca dos investimentos cambiantes da energia do ego e do superego, que caracterizam a análise moderna?” ([1931] 1992b: 81). Já considerara o tratamento analítico o mais indicado para os distúrbios neuróticos e de caráter, comparado às promessas dos “métodos de sugestão, ergoterapia ou outros métodos de reforço da vontade” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 28).

interrompido rapidamente, e mais de um paciente me jogou na cara que eu tinha sido desastrado, que tinha, por assim dizer, estragado o jogo.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 72 e 75).

A reativação do estado infantil ou a reprodução de conflitos traumáticos, deviam ser investigadas analiticamente, permitindo que emergissem os traumatismos precoces da história do sujeito e suas “cicatrices arquioriginárias” ([1932] 1990: 120). Se os traumatismos não fossem reconhecidos como tais, não seria possível memorá-los ou reproduzir suas reivindicações. Ferenczi legitimava o direito de lembrar.

Relatara que em um de seus primeiros casos, um jovem colega sofrendo de “asma nervosa” lhe pediu auxílio na rua. Dirigiram-se então para o seu consultório.

“Lá incitei-o a comunicar suas reações ao esquema de associação proposto e mergulhei em seguida na análise do seu passado com a ajuda desse material associativo rapidamente semeado e colhido; e, como previsto, as imagens mnêmicas não tardaram em reagrupar-se em torno de um traumatismo sofrido na primeira infância.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 56).

O jovem lembrou-se de uma operação de hidrocele (tumor no testículo), quando foi agarrado e colocaram-lhe uma máscara de clorofórmio. Resistira “ao poder asfíxiante do gás anestésico”. Através da associação livre, a partir do sufocamento e da dispnéia, “ele viu, e reviveu, com uma viva sensação de realidade” aquela experiência: “repetiu as contrações musculares, o suor de angústia e o distúrbio respiratório que tivera no momento do evento traumático.” Ao final, “abriu os olhos, como se saísse de um sonho, (...) e apertou-me em seus braços, declarando jubilosamente que se sentia livre por completo de sua crise.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 56).

O passado reconstruído adquiria assim um “sentimento de realidade e de objetividade” estando “muito mais próximo, em sua natureza, de uma verdadeira lembrança”, enquanto que até então o paciente falava de possibilidades, “e suspirava em vão por lembranças.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 62).

Ao substituir a técnica ativa pelo relaxamento e a neo-catarse Ferenczi permitiu um espaço e uma escuta para que as impressões traumáticas se manifestem. “Com a nova postura analítica era possível reviver a vivência traumática, num estado de transe similar ao pesadelo traumático, transformando os ‘símbolos mnêmicos corporais’ em lembranças e palavras.” (Lejarraga, 1996: 83, referindo-se a Ferenczi 1928c e 1930).

Em alguns casos, sintomas histéricos apareciam bruscamente, às vezes depois de vários anos de análise, como “símbolos mnêmicos corporais”. “No relaxamento, os sintomas histéricos corporais conduziram, às vezes a estágios do desenvolvimento em que, não estando

o órgão do pensamento completamente formado, só eram registradas as lembranças físicas.” (Ferenczi, [1930] 1992b: 62 e 65). Quando o traumatismo infantil é revivido através da regressão,

“o paciente começa a sentir-se como se fosse perder os sentidos ou morrer; o rosto cobre-se de palidez mortal e surgem os estados próximos do desmaio, assim como um aumento geral de tônus muscular, podendo chegar ao opistótonos. O que se desenrola aí diante dos nossos olhos é a reprodução da agonia psíquica e física que acarreta uma dor incompreensível e insuportável.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 79).

Para lidar com tal sofrimento, o analista precisa recorrer à elasticidade da técnica e encontrar os recursos necessários para contactar o paciente neste estado regressivo. “As falas apaziguadoras e cheias de tato, eventualmente reforçadas por uma pressão encorajadora da mão e, quando isso se mostra insuficiente, uma carícia amistosa na cabeça, reduzem a reação a um nível em que o paciente volta a ser acessível.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 79).

Sabendo ser inevitável a regressão em muitos pacientes graves, Ferenczi queria evitar desfechos indesejáveis, mostrando a riqueza do “trabalho psicanalítico que não receia abordar os fenômenos da regressão.” (Sabourin, 1988: 153). Ao invés da atitude corrente de retirar o paciente da regressão ou mesmo impedi-la, propunha favorecê-la: “O analista devia suportar o processo, descobrir a tensão máxima que o paciente é capaz de suportar” e cuidar atentamente “que a tensão jamais ultrapasse esse nível.”<sup>423</sup> (Balint, [1967] 1992b: XX).

Trabalhando com fecundidade sobre sonhos repetidos, Ferenczi desenvolveu a noção de função traumatológica dos sonhos repetitivos<sup>424</sup>, lugar privilegiado para irrupção de traumas inconscientes. Mais do que a realização de desejos, o sonho teria como função a expressão do trauma, sendo uma primeira forma de elaboração, “uma tentativa de levar acontecimentos traumáticos a uma resolução e a um domínio psíquicos melhores.”<sup>425</sup> Essa elaboração, no sentido de integração ao psiquismo, vai se dando com “o retorno de impressões sensíveis traumáticas, não resolvidas, que aspiram à resolução” (“Reflexões sobre o trauma”, [Artigos póstumos] 1992b: 112 e 113).

Percebera que em alguns casos, dois sonhos se sucediam recorrentemente numa mesma noite. O primeiro, num estado de sono muito profundo, trazia “reminiscências abafadas de sensações dolorosas, de experiências de sofrimento de natureza corporal e psíquica, com esboços das sensações em diferentes órgãos do corpo.” Compreendia-o como

<sup>423</sup> “Se o paciente sente-se, na situação analítica, ferido, decepcionado, abandonado, põe-se às vezes a brincar sozinho, como uma criança desprezada.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 76).

<sup>424</sup> Uma idéia de Freud, desenvolvida por Ferenczi e retomada por Freud em 1931.

<sup>425</sup> A realização do desejo é concebida “como um meio de eliminação do traumatismo.” (Sabourin, 1988: 149).

uma revivência do episódio traumático, sendo que os registros do choque e da comoção psíquica não eram acessíveis à consciência. O segundo, num estado de sono mais superficial, apresentava imagens oníricas com atenuações do que foi vivido no primeiro, de forma que “na condição de uma falsificação otimista, o traumatismo será admitido na consciência.” Propunha nesses casos, além da “análise do sonho habitual”, “uma segunda análise, em estado de transe” de modo a permitir “um acesso direto às impressões sensíveis”. Sendo que no “decorrer desse transe, esforçamo-nos por permanecer em contato com os pacientes, o que exige muito tato.” (Ferenczi, “Reflexões sobre o trauma”, [Artigos póstumos] 1992b: 112 e 115).

Ferenczi lembra que a sugestão em análise, “deve ser mais um encorajamento geral do que uma orientação particular”, diferença essencial em relação às sugestões diretivas. Distinção que marca também a diferença entre a hipnose e o estado de transe a que se chega espontaneamente pela regressão.<sup>426</sup>

“É importante não abusar desse estágio de maior aflição para impregnar o psiquismo sem resistência do paciente de teorias e formações fantasísticas próprias do analista; é preferível utilizar essa influência, inegavelmente grande, para aumentar no paciente a capacidade de elaboração de suas próprias produções” (Ferenczi, [1931] 1992b: 76).

A análise não devia “intro-sugerir” ou “intro-hipnotizar” mas, ao contrário, “exo-sugerir” ou “exo-hipnotizar”.<sup>427</sup> Tratava-se, na verdade, de aprofundar a regra fundamental, dando “uma resposta positiva às aspirações, aos desejos e às necessidades do paciente em estado de regressão.” (Balint, [1967] 1992b: XX).

#### 7.1.4 A sinceridade do analista e a atmosfera do tratamento<sup>428</sup>

Ferenczi percebera que muitas vezes a estrutura bifásica dos traumas patogênicos da infância era reativada pela dinâmica do tratamento. Se o trauma consistia de super ou subestimulação pelo entorno seguida de falta de compreensão ou indiferença, a revivência da

<sup>426</sup> “No decorrer de qualquer associação livre, são inevitáveis os elementos de êxtase e de esquecimento de si; entretanto, o convite para ir mais longe e mais a fundo leva, por vezes - comigo, confesso-o honestamente, com muita frequência - ao aparecimento de um êxtase mais profundo; quando ele assume um caráter por assim dizer alucinatório, pode-se-lhe chamar, se quisermos, auto-hipnose; os meus pacientes o chamam de bom grado um estado de transe.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 76).

<sup>427</sup> Através desses neologismos Ferenczi reinterpreta a idéia de Freud (1905c) de caracterizar a análise como a “via de levar” (como a escultura) em contraponto a outras abordagens pela “via de porre” (como a pintura).

<sup>428</sup> Textos de referência: “A elasticidade da técnica psicanalítica” ([1928c] 1992b), o *Diário clínico* ([1932] 1990) e “Confusão de línguas”([1933] 1992b).

situação traumática, tendo como resposta a atitude de passividade objetiva tradicional do analista, reproduzia, em parte, a estrutura do trauma original: “embora fossem muito simpáticas e objetivos, demonstravam claramente que não estavam interessados.” (Balint, [1967] 1993: 117).

Ferenczi dedicou-se então a avaliar os efeitos da “atmosfera psicológica” uma vez que a objetividade passiva “clássica” podia colocar “o paciente em confronto com dificuldades inúteis e evitáveis”. O paciente sentia a reserva do analista “como a continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos”, repetindo as reações caracteriais e sintomáticas de sua neurose (Ferenczi, [1930] 1992b: 60 e 61).

“A expectativa fria e muda, assim como a ausência de reação do analista, pareciam então, com frequência, agir no sentido de uma perturbação da liberdade de associação. A partir do instante em que o paciente está disposto, realmente, a abandonar-se, a contar tudo o que se passa nele, emerge de súbito do seu estado, em sobressalto, e queixa-se de que lhe é verdadeiramente impossível levar a sério seus movimentos internos, quando me sabe tranquilamente sentado atrás dele, fumando meu cigarro e reagindo no máximo, indiferente e frio, com a pergunta estereotipada: ‘O que é que lhe ocorre a esse respeito?’ Pensei então que deveria existir algum meio de eliminar essa perturbação das associações para fornecer ao paciente a ocasião de desenvolver mais amplamente a sua tendência à repetição, tendência que luta por manifestar-se. Mas levei bastante tempo para receber, uma vez mais dos próprios pacientes, os primeiros encorajamentos quanto à maneira de consegui-lo.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 71 e 72).

A “criança no paciente”, sozinha e abandonada, atravessava a mesma situação insuportável que conduziu-o à clivagem psíquica. “Se mantemos uma atitude fria e pedagógica, mesmo na presença de um paciente em opistótonos, quebramos o último vínculo que nos liga a ele. O paciente sem consciência é afetivamente, em seu transe, como uma criança que não é mais sensível ao raciocínio”<sup>429</sup> (Ferenczi, [1933] 1992b: 101).

Permitiu-se recorrer aos seus sentimentos, em contraste com a fria neutralidade clássica: “No mesmo momento, dá-se o degelo no paciente, aumenta nele o sentimento de que compreendi (quer dizer, senti) enfim o seu sofrimento”<sup>430</sup> ([31/1/1932] 1990: 60). Desde sua formação médica estava atento ao fenômeno da contra-transferência.<sup>431</sup> Sabia que “um controle insuficiente da contra-transferência coloca o paciente num estado agora impossível de resolver, o que lhe servirá de pretexto para interromper o tratamento.” (Ferenczi, [1919a] 1992a: 366). Mas também alertava que

<sup>429</sup> “A situação analítica, essa fria reserva, a hipocrisia profissional e a antipatia a respeito do paciente que se dissimula por trás dela, e que o doente sente com todos os seus membros, não difere essencialmente do estado de coisas que outrora, ou seja, na infância, o fez adoecer.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 100).

<sup>430</sup> A “necessidade fundamental de reparação indispensável a certos pacientes cujo ego foi distorcido em consequência, não de uma realidade psíquica traumatizada, mas de uma realidade realmente e violentamente traumatizante.” (Sacha Nacht, *A presença do psicanalista*, apud Sabourin, 1988: 212).

<sup>431</sup> Ver p. 67, acima.

“quando o psicanalista aprendeu laboriosamente a avaliar os sintomas da contra-transferência e chega a controlar tudo o que poderia dar lugar a complicações em seus atos, suas falas e até em seus sentimentos, ele corre então o perigo de cair no outro extremo, tornar-se excessivamente duro e inacessível ao paciente; o que retardaria ou mesmo tornaria impossível o surgimento da transferência” (Ferenczi, [1919a] 1992a: 366).

Seus resultados foram, a princípio, encorajadores, e pacientes com mais de década de tratamento com outros analistas “voltavam novamente à vida, seu estado melhorava” (Balint, 1993: 140). Para Balint, foi o momento de suas duas maiores descobertas: o imenso efeito das atitudes habituais ou “clássicas” no desenvolvimento da relação analítica e o potencial de utilização da contratransferência como instrumento da clínica (Ferenczi, [1932] 1990 e “Artigos póstumos”, 1992 b).

Para Ferenczi, o tratamento psicanalítico podia agravar “o desmentido da realidade infantil” quando se apegava a “uma teoria podendo servir para ridicularizar a realidade.” Por seu silêncio respeitoso podia se tornar cúmplice do desmentido, reforçando a culpa do sujeito, num “contra senso completo do projeto da análise”. Se o desmentido é o elemento patogênico do trauma, reproduzido pelo analista “é suscetível de provocar passagens ao ato muito graves, por uma reprodução ‘pior do que o traumatismo original’”. Por isso é tão fundamental destrinchar a confusão de línguas entre o paciente e seu analista, e deste “consigo mesmo, com seu passado, com suas implicações teóricas.” (Sabourin, 1988: 151 e 154).

Ficara com esperança de que através da ab-reação “quantidades importantes de afetos recalçados se impusessem à vida afetiva consciente e pudessem em breve pôr fim ao surgimento de sintomas” (Ferenczi, [1933] 1992b: 97 e 98). No entanto, essa esperança só foi realizada parcialmente, gerando, em alguns casos, situações de grande apuro. A repetição traumática encorajada pela análise permitia uma sensível melhora de certos sintomas, mas, em contrapartida, gerava estados de grande angústia.<sup>432</sup>

Ferenczi questionava mais uma vez os limites de sua prática: “até onde um tal jogo infantil, em análise, tem o direito de ir? Existem critérios que nos permitam fixar um limite a fim de saber até onde se pode deixar ir o relaxamento infantil, e onde deve começar a frustração educativa?” (Ferenczi, [1931] 1992b: 73). Estabeleceu como referência para os limites da tolerância e da indulgência o “que uma criança pode esperar da parte de um adulto afetuoso.” (Balint, [1967] 1992b: XX).

---

<sup>432</sup> Alguns pacientes acusaram-no “de ser insensível, frio, até duro e cruel”. Gritavam-lhe: “Depressa, ajude-me, não me deixe morrer nesta angústia.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 98).

O efeito do limite exercido vai depender das vicissitudes da relação transferencial, uma vez que a frustração pode também reproduzir a raiva impotente e a paralisia do passado. A situação requer “uma compreensão cheia de tato para obter a reconciliação nessas condições, ao invés da alienação que persistia na infância.” (Ferenczi, [1931] 1992b: 79).

Ressaltou que no relaxamento analítico, não é “admitida a satisfação de desejos ativamente agressivos nem de desejos sexuais”, permitindo também o aprendizado da renúncia e a aceitação da realidade. “A nossa atitude amistosa e benevolente pode, sem dúvida, satisfazer a parte infantil da personalidade, a parte faminta de ternura, mas não a que logrou escapar às inibições do desenvolvimento e tornar-se adulta.”<sup>433</sup> (Ferenczi, [1930] 1992b: 66).

Percebera que havia perigos em exagerar as frustrações, mas também encontrou-os ao mimar os pacientes. Reconheceu que a relação terna não podia durar eternamente, pois como dizia o adágio, “o apetite vem comendo”. Alguns pacientes regressivos tornavam-se exigentes, provocando uma ação delimitadora. “Não há nenhuma vantagem em bancar nessas condições o homem sempre bom e indulgente; é mais aconselhável confessar honestamente que o comportamento do paciente nos desagradar”. Questionou então o sentido de se “afagar primeiro o paciente e acalentá-lo na ilusão de uma segurança ilimitada, para fazê-lo viver em seguida um traumatismo tanto mais doloroso?” (Ferenczi, [1931] 1992b: 75, 78 e 80). Há tempos reconhecera que a técnica ativa “era insustentável (...) pelo exagero e pela revelação do caráter sádico-educativo evidente nessa metodologia”. Depois,

“à maneira de uma teoria nova (um novo delírio), veio a teoria do relaxamento, o *laissez-faire* completo a respeito do paciente, a repressão brutal das reações emocionais naturalmente humanas. Mas os pacientes recusam a falsa doçura do mestre irritado em seu foro íntimo, tal como antes a brutalidade do analista ‘ativo’”<sup>434</sup> (Ferenczi, [1/5/1932] 1990: 132).

Em seus últimos textos, a partir de suas experiências privilegiando a paciência e a indulgência, Ferenczi defendeu a franqueza como disposição mais adequada ao tratamento. Criticava os analistas “que tratam o neurótico com uma severidade ou um amor fingidos, e

---

<sup>433</sup> Balint vai desenvolver a distinção, apenas sugerida aqui por Ferenczi, entre regressão “benigna” e “maligna”. Ver, a seguir, pp. 163 a 169.

<sup>434</sup> Elementos sutis expressos pelos pacientes revelaram os traços agressivos da terapêutica ativa e a brandura excessiva da proposta de relaxamento, levando-o a reconhecer e controlar os exageros nos dois sentidos.

não de acordo com o modo analítico, ou seja, com uma total sinceridade.”<sup>435</sup> ([1930] 1992b: 60 e 61).

“Os pacientes não se impressionam com uma expressão teatral de piedade mas apenas com uma simpatia autêntica. Não sei se a reconhecem no tom da nossa voz, na escolha de nossas palavras, ou de alguma outra maneira. Seja como for, adivinham, de um modo quase extra-lúcido, os pensamentos e as emoções do analista. Não me parece possível enganar o doente a esse respeito, e as conseqüências de toda tentativa de logro só poderiam ser lamentáveis. “ (Ferenczi, [1933] 1992b: 101).

Concluí que grande parte das críticas não expressas pelos pacientes estavam relacionadas à falta de sinceridade, à “hipocrisia analítica”, que podia aumentar desmedidamente a tensão no tratamento, reproduzindo a relação dos adultos com a criança traumatizada e reafirmando o desmentido e a culpabilidade do sujeito.<sup>436</sup> Propôs “renunciar assim à ‘hipocrisia profissional’ considerada até agora como inevitável” e constatou que essa atitude, “em vez de ferir o paciente, proporcionava-lhe, pelo contrário, um extraordinário alívio.”<sup>437</sup> O reconhecimento sincero das falhas “soltava, de certo modo, a língua do paciente.”<sup>438</sup> (Ferenczi, [1933] 1992b: 99 e 100).

Era necessário atentar, no decorrer da análise, “para as manifestações encobertas ou inconscientes que revelam a incredulidade ou a recusa, e discutí-las em seguida sem rodeios”, permitindo a expressão de sentimentos hostis em relação ao analista (Ferenczi, [1928c] 1992b: 30). Mesmo os pacientes dóceis experimentavam em segredo pulsões de ódio, importantes de serem expressos. Em geral, em vez de contradizerem o analista, identificavam-se com ele sem reclamar pelos fracassos e erros. Somente em momentos excepcionais ou num estado quase inconsciente, reuniam coragem para protestar.

“De hábito, eles não se permitem nenhuma crítica a nosso respeito; tal crítica não lhes acode sequer ao espírito, a menos que tenham recebido de nós permissão expressa ou encorajamento direto. (...) É aí que nos defrontamos com resistências não desprezíveis, não as do paciente mas as nossas próprias resistências.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 99).

---

<sup>435</sup> Escreve a Freud falando da necessidade de se “comunicar tudo, mesmo o que é arriscado (se for a verdade), na esperança de que da verdade só possa vir o bem.” (carta de 5/12/1931, 2000: 421).

<sup>436</sup> Exemplifica com sua paciente N.G.: “O trágico do seu caso residia, portanto, na incapacidade dela suportar o comportamento rígido e em parte hipócrita dos pais, preceptores e médicos.” ([7/1/1932] 1990: 32).

<sup>437</sup> Diante de alguns traços de personalidade dificilmente suportáveis “não vejo outro meio senão tomar consciência do nosso próprio incômodo e falar sobre ele com o paciente, admiti-lo, não só como possibilidade mas também como fato real.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 99). Ver, a seguir, nota 443, p. 155.

<sup>438</sup> Ogden dá um depoimento nesse sentido: “Esses pensamentos e sentimentos, assim como as sensações associadas a essas fantasias, trouxeram-me à mente (e ao corpo) algo que o paciente me dissera meses atrás, mas não mencionara mais. Contar-me que se sentia mais próximo de mim, não quando eu dizia coisas que pareciam corretas, mas quando eu cometia erros, quando as coisas não davam certo. (...) Também comecei a sentir que entendia algo do pânico, do desespero e da raiva associados com a experiência de colidir reiteradamente com algo que parece ser humano mas que proporciona a sensação de ser mecânico e impessoal.” (1996: 66).

Ferenczi percebeu que “o ódio recalçado constituía um meio de fixação e de colagem mais poderoso do que a ternura abertamente reconhecida.” ([1930] 1992b: 66). Para ele, o analista “deve prestar-se, às vezes durante semanas, ao papel de ‘joão-teimoso’ (*Watschermann*), em quem o paciente exercita seus afetos de desprazer.” Se o analista não se defender mas encorajá-lo, o paciente “cansa-se pouco a pouco do combate unilateral” e a paciência do analista é recompensada “sob a forma de uma nascente transferência positiva.” Ao contrário, a reação do analista sentindo-se afrontado, “prolonga a duração do período de resistência” ([1928c] 1992b: 30).

“Nada de mais nocivo em análise do que uma atitude de professor ou mesmo de médico autoritário. Todas as nossas interpretações devem ter mais o caráter de uma proposição do que de uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente mas também porque podemos efetivamente estar enganados. (...) O tão antigo costume dos comerciantes que consiste em acrescentar ao fim de cada fatura a marca ‘S.E.’, ou seja, ‘salvo erro’ também deveria ser adotado a propósito de cada interpretação analítica. Do mesmo modo, a confiança em nossas teorias deve ser apenas uma confiança condicional, pois num dado caso talvez se trate da famosa exceção à regra, ou mesmo da necessidade de modificar alguma coisa na teoria em vigor até então.”<sup>439</sup> (Ferenczi, [1928c] 1992b: 31).

Para Ferenczi, é fundamental cultivar a humildade e admitir as falhas. A modéstia do analista é “a expressão da aceitação dos limites do nosso saber.”<sup>440</sup> ([1928c] 1992b: 31): “Afinal de contas”, afirmou, o paciente “devia efetivamente saber mais sobre si mesmo do que eu poderia adivinhar.” O reconhecimento do erro não lhe tirava a autoridade mas, pelo contrário, provocava “o aumento da confiança do paciente em mim.” ([1931] 1992b: 72). “Essa confiança é aquele algo que estabelece o contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico.” ([1933] 1992b: 100).

“Em nenhum caso se deve sentir vergonha de reconhecer, sem restrições, erros cometidos no passado. Nunca se esqueça que a análise não é um procedimento sugestivo, em que o prestígio do médico e sua infalibilidade têm que ser preservados acima de tudo. A única pretensão alimentada pela análise é a da confiança na

---

<sup>439</sup> O risco está no analista manter-se acima de qualquer questionamento, reproduzindo nossa “tendência excessiva a perseverar em certas construções teóricas e a deixar de lado fatos que abalariam a nossa segurança e a nossa autoridade.” (Ferenczi, [1933] 1992b: 100).

<sup>440</sup>Ferenczi reconhece que sua primeira reação era muitas vezes de indignação prepotente “pela pretensão do paciente, ou do aluno, de saber as coisas melhor do que eu próprio”.

franqueza e na sinceridade do médico, não lhe fazendo mal algum o franco reconhecimento de um erro.”<sup>441</sup> (Ferenczi, [1928c] 1992b: 32).

Ferenczi achava imprescindível uma “metapsicologia dos processos psíquicos do analista durante a análise”. Através da alternância entre a frustração e a tolerância impunha-se uma atenção acurada à contra-transferência e à resistência do analista de modo a “promover o bem-estar daqueles de quem nos ocupamos.” É necessário evitar a submissão do paciente às tendências sádicas ou libidinais inconscientes. “A posição analítica não exige apenas do médico o rigoroso controle do seu próprio narcisismo mas também a vigilância aguda das diversas reações afetivas.” O fato de que ele “jamais pode abandonar-se ao prazer de dar livre curso ao seu narcisismo” gera uma sobrecarga que exigirá “a elaboração de uma higiene particular”. Assim, a análise do analista é “a única base confiável para uma boa técnica analítica” ([1928c] 1992b: 32, 34, 35 e 36). Por isso, insiste tanto na necessidade do psicanalista realizar “uma análise profunda que lhe permita controlar suas próprias particularidades de caráter.”<sup>442</sup> (Ferenczi, [1930] 1992b: 67).

Na última fase de sua pesquisa encontramos “o primeiro estudo intensivo da relação médico-paciente e a descoberta daquilo que é chamado, atualmente, de técnica de interpretações de contratransferência (Ferenczi, 1930, 1931 e 1932).”<sup>443</sup> (Balint, [1967] 1993: 117).

Ferenczi denominou de “análise mútua” a tentativa franca do analista de compartilhar sua sensibilidade, dando um testemunho de suas resistências, seus limites, sua falibilidade<sup>444</sup>: “não será natural, e também oportuno, ser francamente um ser humano dotado de emoções, ora capaz de empatia, ora abertamente irritado? O que quer dizer: abandonar toda ‘técnica’ e

<sup>441</sup> Se considerarmos “a pessoa mais desagradável do mundo como um paciente que precisa curar-se”, podemos dispor nossa capacidade empática e obter êxito mesmo em casos desesperadores, compreendendo que “fazer-se expulsar é frequentemente o objetivo inconsciente de uma conduta intolerável.” Para isso é necessário “uma verdadeira posição de ‘sentir com’” pois “os pacientes perspicazes não tardam em desmascarar toda pose fabricada.” (Ferenczi, [1928c] 1992b: 32). A importância da sinceridade do analista será desenvolvida nos textos posteriores.

<sup>442</sup> Para Ferenczi as análises didáticas também deveriam atingir essa camada regressiva profunda: “creio que quem quer que alimente a ambição de compreender e ajudar outrem não deveria recuar diante desse grande sacrifício.” Assim, os analistas em formação poderiam verificar que “a própria formação do caráter deve ser considerada um efeito longínquo de importantes traumas infantis” e constatar que “o resultado catártico desse mergulho na neurose e na infância tem finalmente um efeito revigorante” (Ferenczi, [1931] 1992b: 82).

<sup>443</sup> Refere-se a “Princípio de relaxamento e neocatarse” ([1930] 1992b); “Análise de crianças com adultos” ([1931] 1992b); “Confusão de línguas” ([1933] 1992b) - Balint data de 1932 por conta da apresentação no Congresso de Wiesbaden, ver p. 74, acima.

<sup>444</sup> Cita o exemplo do analista cansado, não se dando o direito de cancelar a sessão. O paciente percebe que alguma coisa não vai bem mas o comportamento irrepreensível do analista impedi-lo-á de tomar consciência do que ocorre. Mesmo que o analista busque manter-se sob controle, “há muitas chances de que suas tentativas sejam interpretadas [pelo paciente] como uma crítica, uma projeção, ou seja, algo que lhe pertence. É essa a boa técnica ou deveria o analista admitir o seu cansaço?” (Balint, [1967] 1992b: XXI).

mostrar-se sem disfarce, tal como se exige do paciente.” ([1/5/1932] 1990: 132). Afirmou a importância do analista “ser absolutamente sincero e honesto em suas reações”, expressando-as “de maneira tão natural e tão simples” que o paciente não tenha “nenhuma dúvida quanto ao seu sentido” - tomando a precaução de não sobrecarregá-lo com a percepção subjetiva do analista (Balint, [1967] 1992b: XXII).

Ferenczi abandonou a esperança de encurtar substancialmente a análise, por meio do relaxamento e da catarse, percebendo que a dificuldade do trabalho aumentara. Mas ampliara “a profundidade da nossa compreensão do funcionamento do psiquismo humano, saudável ou doente, e a esperança justificada de que o resultado terapêutico, terá maiores probabilidades de se manter.” ([1931] 1992b: 82).

Para ele, os analistas deveriam aprender a reconhecer que por trás do amor de transferência há um desejo de libertação fundamental na estruturação da personalidade. Antecipando os desenvolvimentos de Winnicott acerca do uso do objeto, Ferenczi narra um caso em que, depois de dois anos para estabelecer um vínculo afetivo de confiança, pode ouvir de sua paciente: "Agora que o amo, posso renunciar a você." (Ferenczi, [1930] 1992b: 66).

“A análise está verdadeiramente terminada quando não há dispensa por parte do médico nem da parte do paciente; a análise deve, por assim dizer, morrer de esgotamento<sup>445</sup>, devendo o médico ser sempre o mais desconfiado dos dois e suspeitar de que o paciente quer salvar alguma coisa da sua neurose, quando exprime a vontade de partir.” (Ferenczi, [1928 b] 1992b: 22).

Provavelmente Ferenczi não se acomodaria e, talvez, ainda escrevesse sobre as "Contra-indicações da técnica de relaxamento e de indulgência em psicanálise", ou da análise mútua e da sinceridade absoluta. Importa é que podemos repetir Balint, que em 1967 dizia que as questões com que lidava Ferenczi “no final dos anos 20 e começo da década de 30 continuam ainda hoje no centro da pesquisa psicanalítica.” (Balint, [1967] 1992b: XXII):

“os problemas técnicos que ele suscitou ainda não receberam resposta definitiva. Durante alguns anos, pareceu que a psicanálise tinha rejeitado definitivamente suas idéias. Contudo, nestes 10 últimos anos [60s], os problemas suscitados por Ferenczi têm despertado um interesse cada vez maior. O julgamento definitivo pertence ao futuro.” (Balint, [1967] 1992b: XXV).

Ao ultrapassar os limites de um código técnico, Ferenczi desenvolveu a noção de tato “que os primeiros a retomar depois foram Balint e Winnicott” (Sabourin, 1988: 180).

<sup>445</sup> Ver o limbo como destino do objeto transicional em Winnicott, p. 117, acima e, a seguir, p. 177 .

## 7.2 A investigação clínica de Balint: a regressão à falha básica

Sob influência de Ferenczi, Balint buscou compreender alguns impasses do processo analítico de modo a desenvolver recursos técnicos para superá-los. Para ele, o reconhecimento de dois diferentes níveis no trabalho analítico - o edípico e o da falha básica<sup>446</sup> - é crucial para compreendermos os chamados pacientes difíceis.

O nível edípico é caracterizado por uma relação triangular, pelo conflito causado pela ambivalência diante da complexidade da relação do sujeito com seus objetos significativos e pela fixação da libido em determinada forma de gratificação e/ou privação. A psicodinâmica, ativada por um conflito, pode ser expressa em linguagem convencional, estando relacionada com questões relacionadas ao Édipo. O tratamento visa mobilizar a libido, através da interpretação da transferência. Nesse nível a linguagem adulta é um meio de comunicação confiável e adequado: “pressupõe-se que as interpretações do analista sejam vivenciadas pelo paciente como interpretações.” (Balint, [1968] 1993: 12).

O nível da falha básica geralmente emerge durante o tratamento, momento de grande modificação da atmosfera, súbita ou gradual. Interpretações claras, concisas, bem fundamentadas e nos momentos adequados não geram efeitos ou provocam reações muito diferentes das pretendidas, para surpresa, espanto, irritação ou desapontamento do analista. As comunicações verbais não são vividas como tendo um significado compartilhado impedindo a perlaboração.

O analista percebe que não avança na tentativa de reativar o fluxo associativo, de abrandar as resistências ou de permitir a tomada de consciência de um conflito recalcado. Ao invés, “a interpretação é experimentada como interferência, crueldade, uma demanda injustificável ou uma influência injusta, como um ato hostil ou um sinal de afeto<sup>447</sup>, ou então é sentida muito desanimada, na verdade morta, isto é, sem nenhum efeito.” Neste nível, os argumentos do analista não têm validade, suas palavras “em vez de esclarecer a situação, são com frequência mal-entendidas, mal-interpretadas, tendendo a aumentar a confusão de línguas

---

<sup>446</sup> Além desses dois níveis de áreas da mente, o da falha básica e o do conflito edípico, Balint postula uma terceira área, de criação. Área relativa ao sujeito caracterizada pela ausência de objeto externo, também relacionada à recuperação física ou psíquica espontânea.

Balint considera que o nível mais precoce é o do amor primário (relação bipessoal), e com ele o da falha básica. Por diferenciação desenvolve-se o conflito edípico (triangular) e por simplificação, o nível de criação (singular). Ressalta que nem sempre o mais simples é anterior (a embriologia nos mostra que estruturas complexas precoces se simplificam posteriormente).

<sup>447</sup> “(...) como um ataque, demanda, insinuação, grosseria ou insulto injustificado, tratamento incorreto, injustiça ou pelo menos uma completa desconsideração” ou “como algo muito prazeroso e gratificante, excitante ou confortante, (...) um irrefutável sinal de consideração, afeição e amor.” (Balint, [1968] 1993: 16).

entre seu paciente e ele próprio.” Elas “se tornam pouco confiáveis e imprevisíveis”, deixando de serem “veículos para a associação livre”, tornando-se “repetitivas e estereotipadas” (Balint, [1968] 1993: 161).

No nível da falha básica, tornar-se consciente de que está atuando ou repetindo é muito mais difícil. O analista, diante da comunicação não verbal, se coloca como intérprete tentando “traduzir, em linguagem convencional adulta, sua conduta primitiva, para que ele possa avaliar seu significado.” Essa tradução é insuficiente porque baseia-se em um vocabulário e uma gramática relativas ao nível edípico. Para o paciente regressivo “as palavras ainda não possuem a função simbólica dominante exigida pela linguagem adulta”, o que torna mais difícil a expressão das “comunicações muito carregadas emocionalmente” (Balint, [1968] 1993: 84 e 88).

Este nível, antes referido como pré-edípico, pré-genital ou pré-verbal, foi denominado por Balint por características próprias, podendo coexistir com o nível edípico durante o processo analítico. Refere-se a pacientes profundamente regredidos, cindidos (esquizóides), de estrutura frágil, com uma profunda ferida narcísica, assinalando para comprometimentos arcaicos, anteriores e mais profundos que o conflito edípico - por isso chamado de básico, relativo à uma relação objetal, bipessoal, muito primitiva. Balint considera a teoria do amor primário e da falha básica uma importante contribuição para a terapia e a metapsicologia destes quadros clínicos, permitindo a criação de “uma relação terapêuticamente eficaz na situação analítica.” (Balint, [1968] 1993: 11 e 69).

Nessa concepção da clínica psicanalítica a técnica “permite ao paciente vivenciar uma relação bipessoal que não pode, não precisa e talvez não deva ser expressa em palavras, mas algumas vezes pelo que é habitualmente chamado de *acting-out* na situação analítica.” Assim como Ferenczi, Balint propõe acompanhar o paciente regressivo sem forçá-lo a retornar precocemente ao nível verbal, de modo a organizar o material produzido. Essas comunicações não-verbais - através de ações, gestos e expressões - seriam perlaboradas apenas quando o paciente emergisse do nível da falha básica para o edípico - “mas nunca antes disso.”<sup>448</sup> ([1968] 1993: 160).

“Em outras palavras, o analista deve aceitar a regressão. Isso significa que deve criar um ambiente, um clima, no qual ele e seu paciente possam tolerar a regressão em uma experiência mútua. Isso é essencial, pois nesses estados qualquer pressão externa reforça a já forte tendência do paciente a desenvolver relações de

---

<sup>448</sup> Sem a exigência precoce de mudar “seus meios não-verbais de expressão para a forma edípica verbal.” (Balint, [1968] 1993: 82 e 167).

desigualdade entre ele e seus objetos, perpetuando, assim, sua tendência à regressão.” (Balint, [1968] 1993: 163).

Balint sugere denominar como regressão “a emergência, em resposta ao tratamento analítico, de formas primitivas de conduta e atitudes, depois de se terem instalado firmemente formas mais maduras.” Ela “dificilmente aparece como um evento do passado, mas mais como um processo dinâmico atual”<sup>449</sup> (Balint, [1968] 1993: 118 e 120).

Seguindo mais uma vez Ferenczi, Balint reafirma que o papel do analista nesse momento não é negligenciável e não pode se limitar à passividade objetiva. O desafio é suportar a intensidade da vivência regressiva, até o paciente retornar ao nível edípico e à linguagem convencional, fornecendo as chaves de sua própria compreensão. O analista deve ser sentido como presente, mas numa distância adequada que corresponda às necessidades do paciente em sua dinâmica: nem longe a ponto dele sentir-se perdido ou abandonado, nem perto a ponto de sentir-se impedido ou invadido. Uma experiência clínica completamente diferente daquela relacionada a complexos e conflitos e que aponta para “uma falha na estrutura básica da personalidade, algo mais parecido com um defeito ou cicatriz.” (Balint, [1968] 1993: 80).

“Uma necessidade pulsional pode ser satisfeita, um conflito pode ser resolvido, mas uma falha básica talvez possa apenas ser preenchida, desde que os ingredientes que estão faltando possam ser encontrados e, mesmo assim, apenas em quantidade suficiente para preencher o defeito, como uma simples e indolor cicatriz”. (Balint, [1968] 1993: 19).

Enquanto ativa, essa falha limita as formas de relações objetais disponíveis ao paciente. Uma das tarefas do “tratamento é inativar a falha básica, criando condições nas quais ela possa cicatrizar”. Para isso, é necessário que o paciente regreda “até a forma particular de relação objetal que providenciou o estado de deficiência original”, pré-condição para desenvolver novos padrões de relação objetal - menos defensivos, mais flexíveis, com menos tensão e mais interação com a realidade (Balint, [1968] 1993: 153).

Os fenômenos de regressão impressionam por sua semelhança com uma conduta primitiva, reminescente da primeira infância: “qualquer psicoterapeuta deve sempre dar-se conta de que irá lidar - de uma ou outra forma - com ‘a criança dentro do paciente’.” Quando o meio se adapta provoca uma sensação suave de bem estar, enquanto a frustração, a falta de adaptação do meio, produz sintomas intensos. O paciente reconhece em si uma falha, provocada por que alguém descuidou-se dele e “fica repetindo sempre que foi abandonado,

---

<sup>449</sup> “(...) observa-se a sua chegada, quando se apossa da situação, comanda-a durante algum tempo e, depois, [...acaba] desaparecendo.” (Balint, [1968] 1993: 118).

que nada no mundo valerá a pena a não ser que algo que lhe foi retirado habitualmente algo inatingível atualmente - lhe seja devolvido” (Balint, [1968] 1993: 81 e 82).

Dada a falta de “adaptação” entre a criança e seu entorno, atenta-se para a “adaptação” entre o paciente e o analista com sua técnica. É necessária a cooperação da situação analítica para liberar a fixação no ódio em relação ao entorno infantil. Os pacientes aceitam que a falha básica foi criada por seu entorno infantil, mas criam a expectativa que seu analista será capaz de estruturar o mundo de outra forma, de modo que possa sentir-se aceito e compreendido. Envoltos em grande angústia, expressam uma demanda desesperada ao analista para ele agora não falhar. Incapazes, em geral, de falar de seu ressentimento, expressam fantasias de parceiros perfeitos ou de harmonia com o entorno. Repetem um círculo vicioso que “só pode ser rompido se for substituída alguma coisa que tinha ido errado, ou se pudesse ter em si algo que antes já tinha tido mas que perdera.” (Balint, [1968] 1993: 81).<sup>450</sup>

Uma profunda lacuna “separa a ‘criança dentro do paciente’ do analista adulto”. Ao regredir ao nível da falha básica, na idade do *infans* (“aquele que ainda não fala a linguagem dos adultos”), o paciente sente-se compreendido muito mais pela criação de uma atmosfera propícia que por interpretações (Balint, [1968] 1993: 82).

As diferentes respostas dos analistas (tolerância, indiferença, discreta contrariedade, desaprovação) contribuem para atmosferas distintas no tratamento, umas favorecendo e outras evitando o processo regressivo. “O problema real não é o de gratificar ou frustrar o paciente regressivo, mas de como a resposta do analista à regressão irá influenciar a relação paciente-analista e, com ela, a evolução do tratamento.” O analista pode emitir uma mensagem, explícita ou implícita, que a gratificação das necessidades regressivas são incompatíveis com a situação analítica, aceitando a regressão apenas através de comunicações compreensíveis e nas fantasias. Outra resposta é dada ao se “aceitar o *acting-out* como justificável, na situação analítica”, como também a gratificação de certas necessidades nele expressas (Balint, [1968] 1993: 77 e 155).

Se o analista permite que o processo regressivo se estabeleça e é capaz de acompanhá-lo logo há “sinais de desenvolvimentos terapêuticos.” Mas, no trabalho com a falha básica, o analista envolve-se de forma bem diferente ao lidar com resistências a nível edípico: “todas as coisas o tocam muito mais intimamente, encontrando alguma dificuldade para manter sua atitude habitual de passividade simpática e objetiva.” A diferença é “que tanto o paciente

---

<sup>450</sup> Winnicott vai pesquisar a tendência anti-social a partir da privação de um objeto valorizado perdido.

como o analista fazem um pouco mais, além de - mas não em vez de - o que acontece no tratamento analítico 'clássico'." (Balint, [1968] 1993: 119).

Para trabalhar no nível da falha básica o analista precisa abrir mão de traduzir o sofrimento sob a forma de interpretação e admitir sua relativa impotência para lidar com ele. Por outro lado, inúmeras dificuldades surgem se o analista procurar fazer mais, seduzido pelo sofrimento do paciente. "O analista também não deve sucumbir à outra tentação de influenciar a vida do paciente regressivo, com seu simpático 'manejo', para que o entorno não lhe faça mais exigências insuportáveis - outro tipo de resposta onipotente." Na verdade, a inclinação de responder com uma conduta onipotente é já "um sinal diagnóstico seguro de que o trabalho alcançou a área da falha básica." (Balint, [1968] 1993: 169).

Ao desenvolver esse novo modo de relação, as angústias persecutórias podem emergir e o paciente pode vivenciar a tristeza e o luto pelas condições que ocasionaram a falha básica, essa cicatriz em sua estrutura psíquica. É um luto fundamentalmente distinto da perda de uma pessoa amada ou da destruição de um objeto interno, como na melancolia. É um pesar pelo "fato inalterável de um defeito ou falha em si mesma que, de fato, lançou uma sombra em toda a sua vida, cujos desafortunados efeitos nunca poderão se corrigidos completamente." (Balint, [1968] 1993: 168). A falha pode até cicatrizar mas a cicatriz permanecerá, com alguns de seus efeitos.

O período de luto precisa cumprir o seu curso, que pode ser bastante longo. Um processo que não pode ser acelerado, mas sim, testemunhado e acompanhado dentro da dinâmica de uma interação bipessoal. Permitindo esse tempo, "sem pressa para esse luto, mantendo a necessária atmosfera primitiva por sua tolerância e sem interpretações que interfiram", o paciente pode rever sua posição em relação a seus objetos e ao mundo que antes lhe parecia pouco atraente ou indiferente<sup>451</sup> (Balint, [1968] 1993: 168).

O paciente torna-se mais sensível aos humores do analista, deslocando a atenção para as gratificações e frustrações associadas a ele: "o paciente de alguma forma parece capaz de saber o que está se passando com o analista." Suas palavras, gestos e movimentos adquirem uma significação "altamente pessoal, de algum modo sempre em relação ao paciente e, em geral, absolutamente correta e verdadeira e, ao mesmo tempo, totalmente desproporcionada e por isso, falsa - pelo menos é assim que o analista sente." (Balint, [1968] 1993: 17).

Para atender esse quadro clínico que apresenta a necessidade de um entorno harmonioso, o analista "deve ser capaz, de demonstrar que pode compreendê-lo trabalhando

---

<sup>451</sup> Aqui novamente encontramos a concepção de *setting* e de *holding* que Winnicott vai desenvolver.

em ‘harmonia’, em ‘sintonia’ com ele.” Estar sintonizado não significa atender necessidades, vontades ou desejos, mas se situar “o mais próximo possível, em uma relação semelhante à que chamamos de ‘mistura harmoniosa’ (...) para depois, gradual e cuidadosamente, tentar se desviar para um objeto normal, isto é, para um que possa fazer demandas.” (Balint, [1968] 1993: 48 e 51).

“Enquanto puder fazer isso, o trabalho analítico continuará avançando constantemente, de forma comparável a um crescimento sustentado; mas se não puder permanecer ‘sintonizado’, o paciente irá reagir com angústia, sintomas agressivos muito ruidosos ou com desespero.” (Balint,[1968] 1993: 48)

A “incapacidade do analista de ‘ligar-se’” gera uma angústia que é sentida pelo paciente como intencionalmente infligida ou fruto de negligência. “As coisas boas ocorrem por acaso, mas as frustrações constituem testemunhos incontestáveis dos sentimentos maus e hostis do seu entorno.” A reação pode não ser de zanga, ódio ou crítica, comuns na transferência a nível edípico mas “um sentimento de vazio, de perda, morte e futilidade, associado a uma aceitação aparentemente sem vida de tudo o que está sendo oferecido. De fato tudo é aceito sem muita resistência, mas nada faz qualquer sentido.” O paciente vivencia uma “mistura de sofrimento profundo, falta da menor vontade de luta e uma inabalável determinação de avançar” (Balint, [1968] 1993: 17 e 18).

É preciso “uma espécie de redução do ressentimento, do desânimo”<sup>452</sup> como forma de “estimular ou mesmo criar no paciente uma nova disposição para aceitar a realidade e nela viver”. O terapeuta, tentando atravessar o abismo que o separa de um paciente regressivo passa por um dilema: “se abandonar a passividade, poderá iniciar uma perigosa espiral de toxicomania (...) Se permanecer inflexível o tratamento poderá ser interrompido pelo paciente como inútil” (Balint, [1968] 1993: 18, 19 e 80).

### 7.2.1 As formas “benigna” e “maligna” da regressão na análise e o novo começo

Uma das grandes contribuições de Balint foi a diferenciação entre as formas “benigna” e “maligna” da regressão. Já ficara claro que nem toda regressão terapêutica é bem sucedida e é sempre bom lembrar “as repetidas recomendações de Freud, para ter cuidado ao lidar com uma forma regressiva de transferência” (Balint, [1968] 1993: 128). A técnica “clássica” não

---

<sup>452</sup> Na relação transferencial aparece “como obstinação, inabilidade, estupidez, hipercriticismo, falta de tato, avidez, dependência extrema, etc.” (Ballint, [1968] 1993: 80).

corria esse risco, mas, por outro lado, algumas análises que poderiam ser beneficiadas através da elasticidade da técnica eram interrompidas precocemente.

A forma que a regressão adquire na clínica vai depender de como ela “é reconhecida, aceita e respondida pelo analista.” (Balint, [1968] 1993: 149). Os fatores determinantes são a natureza da regressão, devido às particularidades do paciente e a resposta do analista, de acordo com sua técnica e contratransferência.

Somente quando o paciente puder abandonar a desconfiança defensiva e “o analista assumir os ‘cuidados’ pelo ‘manejo da regressão’, é que irá se criar uma atmosfera” propícia ao tratamento ao nível da falha básica. “Depois que se permitiu o desenvolvimento dessa atmosfera, inevitavelmente o paciente irá esperar o retorno ao mundo harmonioso onde vivera antes do ‘trauma’ que estabeleceu sua falha básica.” (Balint, [1968] 1993: 102 ou 127).

No entanto, não é fácil para o analista “manter essa atmosfera por tempo suficiente para que o paciente descubra novos meios de desenvolvimento que possam evitar a repetição do trauma original, levando à cicatrização da falha básica.” Para o paciente regressivo qualquer discrepância pode se tornar “uma grande tragédia, revivendo todos os amargos desapontamentos que estabeleceram sua falha básica.” (Balint, [1968] 1993: 103).

O analista deve estar preparado para, em determinados períodos, assumir o papel das substâncias ou objetos primários “permitindo ao paciente entrar com ele em um tipo de relação ou de amor objetual primário.” Ele deve estar ali, tácita ou explicitamente permitindo ser usado pelo tempo necessário<sup>453</sup>: “Deve estar presente; deve ser altamente flexível; não deve oferecer muita resistência; e evidentemente, deve ser indestrutível, permitindo que o paciente viva, com ele, em uma espécie de mistura interpenetrante harmoniosa.” O analista deve sustentar o paciente como a água para o nadador ou a terra para o caminhante, “isto é, estar presente para que o paciente o utilize sem muita resistência a ser usado.” Alguma resistência é essencial, criando “apenas o atrito suficiente para o avanço, mas definitivamente não muito mais”<sup>454</sup> (Balint, [1968] 1993: 127, 137 e 153).

“A expressão simbólica dessa relação *arglos*<sup>455</sup> primitiva, na situação analítica, muitas vezes é uma espécie de contato físico com o analista, cuja forma mais freqüente é segurar a mão ou um de seus dedos ou tocar em sua cadeira, etc.” Esse contato pode ser algumas vezes “altamente carregado, mas sempre é vitalmente importante para o progresso do tratamento,

---

<sup>453</sup> Tempo variável, desde alguns minutos a várias sessões.

<sup>454</sup> Ver o “Uso do objeto” em Winnicott ([1969] 1975 ou 1994).

<sup>455</sup> A tradução apenas aproximada de *arglos* seria simples, não sofisticado, inocente, insuspeito, em suma, confiável.

com ele o paciente pode prosseguir, sem se sentir abandonado, perdido, despojado de suas possíveis mudanças, incapaz de se mover.” (Balint, [1968] 1993: 134).

Em alguns tratamentos, após alguns períodos de regressão, “o paciente emerge espontaneamente de seu mundo primitivo e se sente melhor, ou mesmo curado – como foi previsto por Ferenczi” (Balint, [1968] 1993: 129).

Balint conta um pequeno episódio em que uma paciente deu, incentivada por ele, pela primeira vez na vida, uma cambalhota<sup>456</sup> o que simbolizou, através da articulação com o trabalho analítico precedente e da elaboração que o sucedeu, um momento de verdadeira ruptura no tratamento, com “várias mudanças em sua vida emocional, social e profissional, todas no sentido de uma maior liberdade e elasticidade.” (Balint, [1968] 1993: 120). Não há dúvida que houve uma atuação dentro do campo transferencial, mas o que foi atuado ou transferido? Como falar em repetição, quando se refere a uma experiência que nunca se realizara? Para as experiências clínicas desse tipo, a partir da “regressão benéfica durante o tratamento analítico”, Balint desenvolve o conceito de “novo começo” (Balint, [1968] 1993: 122).

O “novo começo” caracteriza-se por um aumento de tensão antes do reconhecimento de uma necessidade, em uma relação objetal, permitindo que a regressão seja acompanhada da descoberta de um novo meio de retomar a progressão.<sup>457</sup> Exemplifica com dois casos<sup>458</sup> e conclui:

“Seria difícil considerar essas satisfações como uma espécie de componente pulsional, mas é evidente que todos os três pacientes precisavam de um certo tipo de relação simples, complacente (*gewahrend*) com o entorno, isto é, com seu objeto, naquele momento, mais importante: o analista.” (Balint, [1968] 1993: 125).

O que importa aqui é a criação de uma atmosfera de compreensão e acolhimento. “Para caracterizar a atmosfera especial do período do *novo começo*, utilizamos o adjetivo alemão *arglos* (...) uma constelação na qual o indivíduo sentisse que, no entorno, nada de nocivo seria dirigido contra ele”. A fase do “novo começo” “apontou a imensa importância dos períodos

---

<sup>456</sup> Uma jovem, no final da década de 20, que depois de 2 anos de análise percebia que a sua insegurança estava relacionada à um pai poderoso e obsessivo mas confiável, e uma mãe intimidada e pouco confiável. Balint interpreta “que aparentemente, para ela, a coisa mais importante era manter a cabeça seguramente erguida, com os pés firmemente plantados no chão.” Ela conta-lhe então que desde criança tentou várias vezes dar uma cambalhota e nunca conseguira. Balint incentivou-a: “‘E agora?’ - ao que, ela se levantou do divã e, para sua grande surpresa, deu, sem nenhuma dificuldade, uma cambalhota.” (Balint, [1968] 1993: 119 e 120).

<sup>457</sup> Ver “a regressão em favor da progressão” em Winnicott, [1954] 1993).

<sup>458</sup> Uma cliente que pede para segurar um de seus dedos, outro que lhe solicita sessões extras nos fins de semanas e telefonemas.

de contentamento tranqüilo e calmo como também a expectativa de ser amado e satisfeito pelo entorno, mas com uma busca ativa de contato com ele.” (Balint, [1968] 1993: 125 e 126).

O princípio orientador é evitar interferências desnecessárias como interpretações precipitadas, sentidas como exigência ou ataque. O “entorno deveria ser calmo, pacífico, seguro e não importuno”, “deveria estar presente” e “ser favorável ao sujeito”, mas este “não precisaria de nenhum modo notar, agradecer ou preocupar-se com ele.” Fornecer esse tipo de objeto ou entorno é parte importante da tarefa terapêutica permitindo que o paciente sinta-se acolhido em sua necessidade de satisfação, de reconhecimento e de compreensão. A regressão como primeira etapa do novo começo, dentro do tratamento analítico, “tem por finalidade estabelecer uma relação objetal de estrutura semelhante à da relação primária.” O que só pode ocorrer se o analista compreender o que está acontecendo, reconhecendo o que é necessário, “aceitando esse desejo como parte do processo terapêutico e não tentando inibir seu desenvolvimento pela conduta ou interpretações.” (Balint, [1968] 1993: 127, 165 e 166).

Não se trata de oferecer um amor primário mas “objetos primários a serem investidos pelo amor primário” do paciente, diferença fundamental no tratamento. O analista deve funcionar nesses períodos “como um provedor de tempo e de meio.” Não significa compensar as privações precoces em termos de cuidado, amor e afeto - tentativa que muito provavelmente fracassaria, mas fornecer

“suficiente tempo livre de tentações extrínsecas, estímulos e exigências, inclusive as originadas do próprio analista. A finalidade é que o paciente possa se tornar capaz de encontrar-se, aceitar-se e continuar por si mesmo, sabendo todo o tempo que existe uma cicatriz em si, sua falha básica, que não pode ser ‘analisada’ para fora da existência; além disso, deve poder descobrir *seu* caminho para o mundo dos objetos - e não que lhe mostrem o caminho ‘certo’, por meio de alguma profunda ou correta interpretação.” (Balint, [1968] 1993: 165).

Nos casos de regressão “benigna” que permitem um novo começo, a satisfação não era decorrente de uma gratificação pulsional com um fim em si mesma. “O que realmente importava era que o paciente fosse auxiliado a se libertar das formas complexas, rígidas e opressivas de relação com seus objetos de amor e ódio” (Balint, [1968] 1993: 125 e 126).

Há, porém, pacientes que “embora capazes de regredir, não conseguem atingir o estado *arglos* de confiança, que é uma pré-condição absolutamente necessária para o *novo começo*” (Balint, [1968] 1993: 128). Os períodos de regressão nunca parecem suficientes, os anseios se substituem em sequência, sempre urgentes e exigentes, lembrando a espiral da

toxicomania, em que se quer cada vez mais.<sup>459</sup> Enquanto o paciente têm suas expectativas e demandas atendidas melhora, quando não, a relação entra num interminável impasse, desenvolvendo um círculo vicioso interminável. Se o analista apenas gratificar esses anseios, certamente alcançará resultados apenas temporários, pois a fonte desses anseios permanecerá a mesma. Novos anseios exigirão novas gratificações.<sup>460</sup>

“Portanto, responder de forma positiva às súplicas e anseios de um paciente regressivo, gratificando-os, é, provavelmente, um erro técnico. Por outro lado, atender às necessidades de um paciente de uma forma particular de relação objetal, mais primitiva do que a obtida entre adultos, pode ser uma medida técnica legítima que provavelmente não tem nada a ver com a regra de ‘frustração’ ou ‘privação’.” (Balint, [1968] 1993: 149).

Quais são os critérios diferenciais do diagnóstico da regressão, em suas formas benigna e maligna? O que determina se uma regressão tem um efeito patogênico ou terapêutico? O que garante, havendo determinações e influências externas, que na análise, uma regressão que se deseja terapêutica não se torne patológica? Considerando “a regressão como um pedido, demanda ou necessidade de um determinado tipo de relação objetal”, quais o analista pode aceitar? Afinal, “em quais casos deve a ‘criança dentro do paciente’ ser tratada como uma criança e em quais como um adulto?” (Balint, [1968] 1993: 150 e 170).

Balint propõe distinguir esses dois tipos de regressão de acordo com a finalidade: na regressão “maligna” há um anseio pela gratificação de uma pulsão, tratando-se de um fenômeno intrapsíquico, enquanto que na “benigna”, há uma demanda por reconhecimento, dinâmica interpessoal. Para o tratamento analítico dos estados regressivos importa os aspectos interpessoais, o que Balint chama de “poder cicatrizante da relação” (Balint, [1968] 1993: 147).

Esse é o tipo de satisfação compatível com o processo analítico, ao permitir reduzir a tensão e aprofundar o contato entre inconscientes. O enquadre “clássico” já propicia esse tipo de satisfação através do ambiente calmo e silencioso, o divã confortável, o paciente tendo a oportunidade de dizer tudo o que lhe vem à mente sem ser interrompido. Poderíamos denominá-la de satisfação de cuidado. A regressão pelo reconhecimento pressupõe um entorno que aceite sustentar o paciente, que espera “um consentimento tácito de utilizar o

<sup>459</sup> Ver BALINT, Michel. *Primary love and psycho-analytic technique*. Londres: Hogarth Press, 1952.

<sup>460</sup> Inicialmente, Balint relacionou os sintomas ruidosos “forma maligna de regressão”, ao comportamento de uma criança mimada. “Notavelmente, isso leva a uma grande quantidade de ódio, sentido tanto na transferência e, como alguns analistas sinceros admitem (Winnicott, 1949\*), na contratransferência.” (Balint, [1968] 1993: 131 e 106). \*Refere-se a “O ódio na contratransferência” ([1947] 1993).

mundo externo de uma forma que lhe permitisse lidar com seus problemas internos (...) ‘tornando-se capaz de alcançar a si mesmo’.”<sup>461</sup> (Balint, [1968] 1993: 133).

A regressão pela gratificação, apresenta formas desesperadas de adesividade. A finalidade do paciente é obter uma gratificação pulsional, numa forma pré-genital, havendo uma intensidade que aponta para a “natureza gênito-orgástica desses desejos.” A gratificação esperada envolve necessariamente o analista, “enquanto que uma angústia intensa parece bloquear o caminho para o desenvolvimento de uma atmosfera *arglos*, mutuamente confiante, que é essencial para um verdadeiro *novo começo*.” (Balint, [1968] 1993: 131 e 134). A crispação desesperada e apaixonada é uma expressão da defesa contra as angústias persecutórias, em contraste com a necessidade relaxada de contato físico de um “novo começo”. Mas como evitar o risco de uma regressão maligna?

“Quanto mais sugestivas de onisciência e onipotência forem a técnica e a conduta do analista, maior será o perigo de uma forma maligna de regressão. Por outro lado, quando mais o analista puder reduzir a desigualdade entre seu paciente e ele e quanto menos importuno e comum puder permanecer aos olhos de seu paciente, maiores as oportunidades de uma forma benigna de regressão.” (Balint, [1968] 1993: 159).

A maioria dos casos de regressão terapêutica situam-se numa combinação de gratificação e de reconhecimento. No entanto, pela acentuação de certos aspectos, é possível distinguir diferentes formas de manifestação clínica dependendo de como a regressão é reconhecida e manejada na interação analítica. Na forma benigna não há grande dificuldade em estabelecer uma relação de confiança, lembrando a relação primitiva com as substâncias primárias. Essa regressão busca o reconhecimento e permite um novo começo. Suas demandas ou expectativas são moderadamente elevadas, com ausência de traços de histeria grave. Na forma maligna a relação de confiança mútua permanece precária sendo freqüentemente interrompida, com sintomas de desesperada crispação. Sucedem tentativas

---

<sup>461</sup> A técnica “clássica” tende a considerar o silêncio um sintoma de resistência. Embora tal interpretação seja pertinente em inúmeras situações em que o paciente está fugindo de um conflito, há a possibilidade de “que ele esteja correndo para alguma coisa, isto é, está em um estado no qual se sente relativamente seguro, podendo fazer algo a respeito do problema que o está atormentando ou preocupando.” Exemplificando, Balint menciona o caso de um paciente que permanece longo tempo em silêncio, sendo acolhido sem desconforto pelo analista, falando-lhe depois de solucionar aliviado. “Contou ao analista que fora capaz, durante algum tempo, de alcançar a si mesmo; mesmo na infância nunca tinha sido deixado sozinho, sempre houvera alguém dizendo-lhe o que fazer.” O analista “precisou compreender, sem palavras, o que o paciente esperava dele e vivenciar tais expectativas, isto é, aceitar o paciente sem reservas, sem utilizar palavras, ou seja, o tipo de relação de que ele precisava.” Tivesse o analista interpretado o silêncio como sintoma da resistência e tentado estimulá-lo a dizer, poderia apenas corroborar para um *acting-out*. (Balint, [1968] 1993: 23, 132 e 133). Ver “a capacidade de estar só na presença de alguém”, em Winnicott ([1958b] 1990) e pp. 122 e 123, acima.

fracassadas de atingir um novo começo, com a ameaça constante da espiral interminável de demandas comum à toxicomania, particularmente quando as alternativas relacionais do paciente forem limitadas. Nesses casos é grande o risco de desenvolver-se uma transferência muito intensa e idealizada. Apresenta alta intensidade nas demandas, o desejo de serem gratificados por uma ação externa e sinais de histeria acentuada.

Prevalecendo sintomas de regressão com finalidade de reconhecimento as perspectivas são bem mais positivas. Resgatando Ferenczi<sup>462</sup>, Balint sugere que o analista deve expressar-se com sinceridade, pois esses pacientes não toleram meias verdades, são hipersensíveis e reagem com dor e retração diante de demonstrações de insinceridade. Havendo tolerância, o paciente sai gradualmente de sua regressão, num longo processo com recidivas, mas permitindo “o estabelecimento de uma nova relação entre o paciente e uma parte de seu mundo, na qual tinha sido, até então, barrado pelo abismo criado por sua falha básica” (Balint, [1968] 1993: 172). Para isso, é importante integrar a criação e conservação de uma atmosfera com interpretações que permitam, nos períodos entre regressões bem sucedidas, a compreensão das contribuições do analista e do paciente a essa atmosfera, e como elas se articulam em seu desenrolar. Assim como certas interpretações induzem determinadas atmosferas, a atmosfera por si conduz a determinadas interpretações e exclui outras.

### 7.3 A concepção clínica de Winnicott: a regressão num ambiente facilitador

Para Winnicott o estudo da psicologia inclui “não apenas os fenômenos da natureza humana de outras pessoas, mas também de nós mesmos. Neste contexto, a psicologia é distinta de todas as outras ciências, e tem que permanecer assim.”<sup>463</sup> (Winnicott, [1945] 1957, apud Davis, 1982: 28 e 29). Por isso é condição *sine qua non* da formação psicanalítica a análise pessoal, permitindo experienciar o efeito da dinâmica relacional, assimilando um aprendizado que não se dá por via simplesmente intelectual.

“Eu próprio surjo destas descrições de caso como um ser humano, de modo que, se outro psiquiatra qualquer estivesse no meu lugar, não teriam sido obtidos os mesmos resultados. O único companheiro que tenho ao explorar o território desconhecido de um caso novo é a teoria que carrego comigo e que se tornou parte

<sup>462</sup> Ver pp. 153 a 155, acima.

<sup>463</sup> “Com nossas mentes estamos examinando as próprias mentes que usamos e, com nossos sentimentos, estamos examinando nossos sentimentos. Isto é como examinar um microscópio com o seu próprio poder elevado.” (WINNICOTT, D.W..”Towards an objective study of the human nature” [1945], in: *The child and the outside world: studies in developing relationships*. Londres: Tavistock, 1957, apud Davis, 1982: 29).

de mim, e a respeito da qual nem preciso pensar de maneira deliberada. Esta é teoria do desenvolvimento emocional do indivíduo que, para mim, inclui a história total do ambiente específico da criança individual.” (Winnicott, 1971<sup>464</sup>, apud Davis, 1982: 43).

Seu trabalho clínico, “que é em grande parte psicanálise, e inclui também a psicoterapia”, lida com uma complexidade emocional que os procedimentos padronizados impedem de alcançar, uma vez que depende de uma elaboração pessoal: “o meu próprio estágio de desenvolvimento no presente momento dá a meu trabalho um certo colorido”<sup>465</sup> (Winnicott, [1971b] 1975: 59). O respeito intrínseco à singularidade e a ética profissional eram-lhe primordiais, considerando que a clínica envolve uma relação mútua:

“A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em conseqüência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é.” (Winnicott, [1971b] 1975: 59).

Enquanto pediatra, Winnicott acompanhou o processo maturacional desde fenômenos muito precoces e valorizou a clínica psicanalítica como instrumento de elucidação dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional. A singularidade de sua experiência clínica atendendo psicóticos e pacientes *border-lines*, exigiu uma mudança técnica que permitisse o acolhimento do movimento regressivo e o manejo da dependência com pacientes “que precisaram regredir a um nível extremamente primitivo de desenvolvimento na transferência.” (Winnicott, [1949 b] 1993: 412).

Focalizando os impedimentos e comprometimentos ao desenvolvimento nos primórdios da vida (nos processos de integração, personalização e realização<sup>466</sup>), busca enquanto clínico, acompanhar a passagem da dependência absoluta à relativa em direção à interdependência. Enfatiza a experiência de sentir-se vivo, com capacidade criativa, pois esta é sua concepção de saúde - e não apenas a ausência de sintomas.

Para avaliar o desenvolvimento dos métodos terapêuticos de Winnicott é importante resgatar “A observação de bebês em uma situação estabelecida”, texto em que descreve o *jogo*

<sup>464</sup> WINNICOTT, D.W.. “Introduction”, in: *Therapeutic consultations in child psychiatry*. Londres: Hogarth Press, 1971.

<sup>465</sup> Como “um violoncelista que primeiro se preocupa com a *técnica* e depois torna-se realmente capaz de tocar a *música* aceitando a técnica como dada. (...) O fato de ser capaz de um desempenho perfeito a partir de uma partitura escrita traz muito pouca satisfação.” (Winnicott, “Introduction”, in: *Therapeutic...*, 1971, apud Davis, 1982: 43 e 44).

<sup>466</sup> Ver pp. 105 a 120, acima.

*da espátula* que surgiu em uma consulta pediátrica. Consistia em deixá-la disponível ao bebê, que costumava apanhá-la, levá-la à boca, usá-la despreocupada e exploratoriamente, como num jogo, até desistir dela. Não estava interessado apenas no desenvolvimento motor mas no comportamento do bebê como um todo.<sup>467</sup> Era comum recorrer a este jogo com bebês com sintomas somáticos sem causa orgânica aparente. Descobriu que o fator terapêutico era, muitas vezes, o fato do “desenvolvimento completo de uma experiência ser permitido.”<sup>468</sup> ([1941] 1993: 159). Mas observou que “o bebê precisa ter um amadurecimento físico e psicológico de certo grau, antes de ser capaz de apreciar a experiência emocional por inteiro.” (Winnicott, [1957] 1993: 102).

Através desse jogo observou o *período de hesitação*. O conceito de período de hesitação contribui para que não se tome por resistência “quando o paciente está tateando para encontrar ‘uma espécie de intimidade’ na situação analítica na qual possa, gradualmente, dar a sua primeira contribuição verbal ou gestual.”<sup>469</sup> (Khan, 1993: 17). Relata o caso de um bebê de sete meses com ataques de asma em que o sintoma apareceu durante o próprio jogo.

A criança demonstrou interesse pelo objeto, encarou Winnicott longamente, hesitando antes de pegá-la e de colocá-la na boca. “Depois de algum tempo, descobriu que podia pegá-la, como se o fato de ficarmos como estávamos gradualmente a fizesse ganhar confiança.” (Winnicott [1941] 1993: 146 e 147). Na consulta seguinte, hesitou novamente, passando gradualmente a brincar com satisfação.

“A asma ocorreu, em ambas as ocasiões, durante o período em que a criança hesitou em pegar a espátula. (...) No momento em que se sentiu confiante acerca da espátula que estava em sua boca, quando a saliva fluiu, quando a imobilidade se transformou no gozo da atividade e quando o ato de vigiar se transformou em autoconfiança, neste momento a asma cessou.” (Winnicott [1941] 1993: 148).

Winnicott descreve o processo: curiosidade, hesitação, auto-confiança, ação, expressão (particularmente da agressividade), abandono e busca de outros objetos. Dois anos depois a criança ainda não voltara a apresentar ataques de asma, que deduziu ser decorrente da ansiedade.

Com crianças maiores desenvolveu o *jogo dos rabiscos*: desenhava uma linha no papel, a criança dava continuidade, ele a seguia e assim alternadamente. Cada um contribuía

<sup>467</sup> Percebe que o jogo se adequa a faixa em torno de oito a onze meses.

<sup>468</sup> “No manejo intuitivo de um bebê, uma mãe permite, de forma natural, a ocorrência do completo desenvolvimento de várias experiências (...) artificialmente dou ao bebê o direito de completar uma experiência que tem particular valor para ele como lição de objeto” (Winnicott [1941] 1993: 159).

<sup>469</sup> Lembra Balint ao considerar no silêncio do paciente a possibilidade de “que ele esteja correndo para alguma coisa”. Ver nota 462, p. 168, acima.

nessa interação que permitia à criança ficar à vontade e agir espontaneamente, expressando “impulso, incontinência, loucura, etc., de acordo com o estado emocional” (Winnicott, 1963<sup>470</sup>, apud Davis, 1982: 41).

Em seu último livro, *O brincar e a realidade* ([1971] 1975), Winnicott fez uma síntese de suas práticas clínicas e teóricas, integrando a atmosfera do brincar ao *setting* analítico. O jogo é um meio para permitir o que Winnicott chamava de “momento sagrado”: “em que tanto a criança quanto o terapeuta de repente se conscientizam na natureza exata do estado emocional e psíquico em que a criança se debate, que está retardando seu crescimento e a plena posse do *self*.” (Khan, 1993: 30).

Na análise de adultos mediante a sustentação de longas fases de regressão à dependência, propiciava uma atmosfera, essa “espécie de intimidade”, que favorecia o surgimento do gesto espontâneo.<sup>471</sup> Ao tentar criar condições que permitissem ao paciente abandonar o falso *self*, constatou que progredia mais pelo reconhecimento da não-existência do *self* na sua vida de relação, do que pela análise dos mecanismos de defesa do ego, na qual o falso *self* podia colaborar indefinidamente, sem alteração do quadro clínico.<sup>472</sup> Tinha o propósito de ajudar “o paciente a encontrar sua própria pessoa na situação analítica e a emergir da cruciante retirada esquizóide como forma de existir para a participação animada e viva de sentimentos” (Khan, 1993: 32).

“Exemplificando, foi somente em anos recentes que me tornei capaz de esperar e esperar pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no *setting* psicanalítico e evitar romper este processo natural efetuando interpretações. (...) Estarrece-me pensar quantas mudanças profundas eu impedi ou retardei em pacientes situados em *certa categoria classificatória* pela minha necessidade pessoal de interpretar. Se pudermos esperar, o paciente chega ao entendimento de modo criativo e com imensa alegria, e eu hoje desfruto dessa alegria mais do que costumava desfrutar da sensação de haver sido esperto. Acho que interpreto principalmente para deixar o paciente conhecer os limites de minha compreensão. O princípio é que é o paciente, e somente ele quem tem as respostas.”<sup>473</sup> (Winnicott [1968] 1994: 171).

Assim como Ferenczi e Balint, sua proposta é remeter o “paciente a um determinado estágio muito antigo” e posteriormente favorecer o “movimento progressivo em direção a

<sup>470</sup> WINNICOTT, D.W.. “A psychotherapeutic consultation: a case of stammering”, in: *A criança portuguesa*, n. 21, 1963.

<sup>471</sup> No caso de uma paciente com vários anos de análise clássica sem modificar a insatisfação com a própria existência, “a tendência regressiva (...) atingiu o limite da necessidade da paciente e desde então tem havido uma progressão natural, com o *self* verdadeiro em ação.” (Winnicott, [1949b] 1993: 417).

<sup>472</sup> Sua experiência clínica, com muitos pacientes que haviam se submetido a outras análises prolongadas comprovava sua preocupação.

<sup>473</sup> Esse alerta crítico ao excesso interpretativo é comum em Ferenczi, Balint e Winnicott.

uma nova existência como um indivíduo real que sente ser real.”<sup>474</sup> (Winnicott, [1949b] 1993: 422). A regressão se impõe como forma de lidar com comprometimentos relacionados com o fracasso ambiental na primeira infância.<sup>475</sup>

“Quando falamos de regressão em psicanálise, deixamos implícita a existência de uma organização da maneira pela qual o indivíduo armazena memórias, idéias e potencialidades. É como se existisse a expectativa do surgimento de condições favoráveis que justificassem a regressão e oferecessem uma nova chance de desenvolvimento progressivo, tornado impossível ou dificultado no início pelo fracasso ambiental.” (Winnicott, [1954] 1993: 463).

Esse processo de regressão / progressão se estabelece a partir da constituição de um meio ambiente suficientemente bom, apto à dependência, que não reproduza os aspectos traumáticos da infância, sendo capaz de permitir momentos de ilusão (onde o paciente percebe que é possível encontrar na vida aquilo que necessita, sentindo que ela vale a pena ser vivida) e de desilusão (na medida em que a frustração engendra o reconhecimento do outro). O *setting* (enquadre), o *holding* (suporte, continente) e o *handling* (manejo) propiciam espaço para a emergência dos afetos, a partir de uma base sólida de confiabilidade, simplicidade, “monotonia”. A regularidade, a presença, a disponibilidade propiciam a confiabilidade do *setting*, permitindo a regressão à dependência absoluta, abdicando do falso *self* protetor e restabelecendo o movimento potencial em direção à saúde: “O paciente, através de impulsos inconscientes, força alguém a se encarregar de seu manejo. É tarefa do terapeuta deixar-se envolver por este impulso inconsciente e seu trabalho é feito em termos de manejo, tolerância e compreensão.” (Winnicott, [1956 b] 1993: 503).

Para a regressão à dependência absoluta ser bem sucedida é fundamental o *timing*, uma sensibilidade temporal relativa aos processos em andamento evitando a antecipação invasiva. O processo constitui-se em passar do retraimento (isolamento) à regressão (possibilidade de confiar) junto ao analista, permitindo restaurar o potencial herdado para vida e a saúde (aqui presente a concepção de base vitalista de Winnicott<sup>476</sup>). Se o paciente tem permissão para regredir sem retaliação, pode encontrar o que lhe faltou e, na dependência absoluta, começar a integrar uma progressão do *self* em direção à dependência relativa e à interdependência.

<sup>474</sup> Lembra o novo começo de Balint. Ver pp. 165 a 168, acima.

<sup>475</sup> “Enquanto que na neurose de transferência o passado vem para o consultório, neste trabalho é mais certo dizer que o presente volta ao passado e é o passado.” (Winnicott, [1955] 1993: 486).

<sup>476</sup> Ver p. 107, acima.

O processo analítico deve permitir o reconhecimento da individualidade única e separada do outro e de si mesmo, através da compreensão empática, do manejo e da interpretação da transferência e da contra-transferência. Essa nova compreensão produz uma alteração radical na teoria da técnica analítica, valorizando a “interdependência entre sujeito e objeto, entre transferência e contra-transferência, no desenvolvimento humano e no processo analítico.” (Ogden, 1996: 7).

“É somente por meio do reconhecimento por um outro que é reconhecido como uma pessoa separada (mas interdependente) que nos tornamos cada vez mais (auto-reflexivamente) humanos. (...) O ato de ser ‘devolvido’ pelo outro não é um retorno de si próprio a um estado original; é antes, uma criação de si próprio enquanto sujeito (transformado, mais plenamente humano, auto-reflexivo) pela primeira vez. Uma dialética intersubjetiva de reconhecer e ser reconhecido opera como o fundamento para a criação da individualidade individual.” (Ogden, 1996: 97 e 98).

Através do *holding* no *setting* analítico a análise poderia se aprofundar além das psiconeuroses, propiciando a contenção e sustentação necessárias para a emergência do *gesto espontâneo*. Winnicott molda a situação clínica com o paciente em regressão com base no padrão de cuidado da “mãe normal dedicada”, exprimindo a sensibilidade do analista em relação à necessidade do paciente. Sua técnica enfatiza o manejo enquanto qualidade dinâmica do *setting* e propõe a “ausência de intrusão pela interpretação” e “uma presença corporal sensível na pessoa do analista e/ou permitir que o paciente se movimente pela sala e seja apenas o que ele é ou faça o que tem necessidade de fazer”.<sup>477</sup> O manejo “nem favorece os caprichos e desejos do paciente, nem evita satisfazer a demanda de auxílio, pelo restabelecimento da confiança.”<sup>478</sup> (Khan, 1993: 28). Ele é o provimento da adaptação ambiental que faltou ao paciente no seu processo de desenvolvimento e sem o qual ele só pode existir através da exploração reativa de mecanismos de defesa. O manejo e o trabalho interpretativo apoiam-se mutuamente na experiência clínica.

“Quando há um ego intacto, o analista pode deixar de se preocupar com estes detalhes mais antigos do cuidado materno e, neste caso, o *setting* da análise não é importante em comparação com o trabalho interpretativo. (Por *setting* quero dizer a soma de todos os detalhes do manejo.) (...) No trabalho que estou descrevendo, o

<sup>477</sup> Para Khan, é preciso um tipo de sensibilidade psicossomática, como a de Winnicott, para manter uma atmosfera propícia ao brincar: “Em parte alguma, porém, encontramos o relato da extraordinária tranquilidade da vigilante presença somática que era a sua na situação clínica. Só aqueles dentre nós que tivemos o privilégio de ser seus pacientes e que estivemos *aos seus cuidados* é que podemos testemunhar a singular propriedade de atenção dessa presença, tanto psíquica quanto somática.” (Khan, 1993: 23).

<sup>478</sup> Ver a distinção de Balint entre a regressão “benigna” (por “reconhecimento”) e a “maligna” (pela “gratificação pulsional”), pp. 163 a 169, acima.

*setting* se torna mais importante que a interpretação. A ênfase passa de um fenômeno para o outro. O comportamento do analista, representado pelo que chamei de *setting*, por ser suficientemente bom no que diz respeito à adaptação à necessidade, vai sendo gradualmente percebido pelo paciente como algo que faz nascer a esperança de que o *self* verdadeiro possa finalmente ser capaz de assumir os riscos que o início da experiência de viver implica. Eventualmente, o falso *self* é entregue ao analista. Esta é uma época de grande dependência e risco verdadeiro e o paciente se encontra naturalmente em um estado profundamente regredido. (Por regressão, neste caso, quero dizer regressão à dependência e aos processos iniciais do desenvolvimento). Trata-se também de um estado altamente doloroso porque o paciente, ao contrário do bebê na situação original, tem consciência dos riscos que a situação acarreta. Em alguns casos, uma parte tão grande da personalidade é envolvida que se torna necessário pôr o paciente neste estágio sob cuidados especiais." (Winnicott, [1955] 1993: 486).

Mais do que a interpretação é o modo de estar junto que é fundamental, oferecendo “espaço, tempo e oportunidade de expressarem seu mal e sua privação na linguagem em que são capazes de fazê-lo”, sem exigir dos pacientes regressivos uma submissão às “técnicas de *falar conosco* numa forma que está muito acima dos seus recursos e aptidões.” (Khan, 1993: 37). Por outro lado, nesses casos regressivos o silêncio técnico também pode ser iatrogênico, alimentando um isolamento cada vez maior do mundo externo. Winnicott propôs uma presença que mesmo através do silêncio trouxesse confiança e segurança, de modo a

“criar uma ambiência na qual o *outro*, partindo da necessidade e da incapacidade, possa gradativamente, crescer e aprender a testar e experimentar tudo o que até então foi autocura abafada, ferida e vingativa, a fim de ultrapassá-la e alcançar uma verdadeira capacidade de confiança nos outros e de se personalizar em si mesmo, sem a ameaça ou de aniquilação, ou daquela conivente submissão, que é a definitiva *dissociação do verdadeiro self*.” (Khan, 1993: 37).

Ao deslocar a ênfase da interpretação do desejo para o acolhimento da necessidade, percebeu que os fracassos na situação analítica procediam da incapacidade do analista de satisfazer essas necessidades e não da resistência do paciente. O analista podia acompanhar a experiência vivida pelo paciente sem atrapalhá-la com interpretações ou intervenções excessivas, o que significaria novas intrusões e falhas ambientais.

"No caso do paciente regredido, a palavra desejo é errada; no seu lugar usamos a palavra *necessidade*. Se um paciente regredido *necessita* de quietude, então sem ela nada poderá ser feito. Se a necessidade não é satisfeita, o resultado não é raiva, mas sim uma reprodução da situação de fracasso ambiental que interrompeu os processo de crescimento do *self*. Houve uma interferência na capacidade do indivíduo de ‘desejar’ - e testemunhamos o reaparecimento da causa original de uma sensação de futilidade." (Winnicott, [1954] 1993: 472).

A diferenciação entre relação objetal e uso de um objeto permitia avaliar que “o não-relacionar-se por parte do paciente já não é uma negação do relacionar-se, mas um esforço para passar da relação objetal para o uso do analista como objeto.” (Khan, 1993: 21). A realização imaginativa e afetiva do *self* através do uso do analista como objeto produzia uma nova potencialidade na relação terapêutica.

“Em termos da transferência, significa que o analista e o paciente fazem parte de um processo total mais amplo no *setting* clínico, no qual cada um está sendo ‘criado’ e ‘descoberto’ pelo outro. É esta mutualidade e reciprocidade que cria um novo dinamismo dialogal, que é mais do que mera relação objetal na transferência.” (Khan, 1993: 21).

São grandes as implicações da noção de uso do objeto para a compreensão do que ocorre na transferência, dando uma nova dimensão à experiência da destrutividade no *setting* analítico. Qualquer alteração no *setting* ou mudança de humor no analista pode ser vivida pelo paciente regressivo como uma retaliação aos seus ataques. A “monotonia” do *setting*, sua constância, expressa a não retaliação à agressividade que esboça se apresentar no paciente. A sobrevivência aos ataques é um elemento fundamental no *holding* porque foi algo que lhe faltou no contexto ambiental primitivo. Mas não retaliação não quer dizer ausência de limites, muito pelo contrário.<sup>479</sup> O analista “não deve negar o ódio (...) que se justifica na situação presente”. (Winnicott, [1947] 1993: 343).

Como Ferenczi e Balint, para Winnicott a sinceridade também é fundamental na clínica, uma vez que a confiabilidade é que viabiliza o tratamento. O manejo clínico das crises na relação terapêutica são cruciais no tratamento do paciente em regressão à dependência. “O

---

<sup>479</sup> Numa ocasião, um menino de nove anos que começara a se tratar com ele num albergue para crianças evacuadas na Segunda Guerra fugiu, como sempre acontecera desde os seus seis anos de idade quando saiu de casa pela primeira vez. Winnicott tinha conseguido estabelecer algum contato com ele ao interpretar um desenho mostrando “que, ao fugir de casa, ele estava inconscientemente salvando o interior de seu lar e protegendo sua mãe de ataques, assim como tentando fugir de seu próprio mundo interno, que estava cheio de perseguidores.” Ele reapareceu numa delegacia próxima a sua casa e acabou morando com eles por “três meses infernais”. Criança adorável e enlouquecedora, sua personalidade gerava-lhe ódio. A questão era o que fazer a respeito:

“Bati nele? A resposta é não, nunca bati. Mas teria sido necessário que eu o fizesse, se não conhecesse completamente meu ódio e se não tivesse deixado que o menino o conhecesse também. Durante as crises, eu costumava usar minha força física para agarrá-lo, sem raiva e sem culpá-lo, pondo-o do lado de fora da porta de entrada, não importando que tempo fazia, ou a hora do dia ou da noite. Havia uma campainha especial que ele podia tocar e ele sabia que seria readmitido na casa, se a tocasse, e nada seria dito sobre o ocorrido. Ele usava esta campainha assim que se recuperava do seu ataque maníaco.

O importante é que, cada vez que eu o punha para fora, eu lhe dizia alguma coisa; eu dizia que o que havia acontecido tinha feito com que eu o odiasse. Era fácil isto porque era verdade.

Acho que estas palavras eram importantes para o progresso do menino mas eram importantes também, principalmente, porque permitiam que eu tolerasse a situação sem me descontrolar, sem perder a paciência e sem assassiná-lo de vez em quando.” (Winnicott, [1947] 1993: 348 e 349).

*paciente utiliza os fracassos do analista. As falhas devem ocorrer e na verdade não se tenta fornecer uma adaptação perfeita*” (Winnicott, [1955] 1993: 487). O fracasso do analista é utilizado

“como um fracasso passado, que o paciente pode perceber e abranger, e com relação ao qual ele pode se zangar agora. O analista deve ser capaz de utilizar seus fracassos em termos de seu significado para o paciente, devendo, se possível, se responsabilizar por cada fracasso, mesmo que isto signifique um estudo de sua contratransferência inconsciente.” (Winnicott, [1955] 1993: 487).

Em Winnicott, a falha do analista permite a desilusão inevitável de todo processo de ilusão e uma importante oportunidade para expressão da raiva e do ódio congelados ao invés da sensação de aniquilamento e paralisia perante a falha original. Nesse momento, a interpretação possibilita o reconhecimento do passado no sentimento presente.

O processo analítico com pacientes regressivos em Winnicott parte da construção de um *setting* através da confiabilidade, constância, segurança, previsibilidade, acolhimento, do suporte e continente (*holding*) ao processo de regressão à dependência e do descongelamento do fracasso ambiental através do manejo (*handling*) num ambiente facilitador. Um novo sentimento de *self* pode então emergir. Os limites à onipotência infantil criam obstáculos. A frustração permite que a raiva seja sentida e expressa, sem retaliações punitivas. Um processo espontâneo de progressão à interdependência emerge com vitalidade e vigor genuínos. O destino do objeto transicional é o limbo e o analista é um deles, objeto de passagem, para ser usado e descartado quando desnecessário (ver Winnicott, [1954] 1993: 470 e 471).

### 7.3.1 O psique-soma na clínica

Ao tratar do tema em “A mente e sua relação com o psique-soma” ([1949b] 1993), Winnicott cita Jones, quando este afirma que um dos objetivos da pesquisa psicanalítica é a investigação dos aspectos psicodinâmicos que “têm necessariamente um equivalente somático” e ressalta a necessidade de superar essa antítese clássica da filosofia ocidental e estreitar “a antiga distância entre a mente e o corpo.”<sup>480</sup> (Jones, 1946, apud Winnicott, [1949b] 1993: 409).

---

<sup>480</sup> Winnicott afirma que o dualismo corpo/mente tão impregnado em nosso horizonte cultural civilizacional não dá conta, por exemplo das perturbações psicossomáticas, cujas pesquisas foram retardadas pela força dessa dualidade. Cita novamente Jones: “Quando falamos da mente que influencia o corpo ou do corpo que influencia a mente, estamos meramente usando uma linguagem taquigráfica” (JONES, Ernest. “A valedictory address”, in:

Winnicott buscou investigar em seus pacientes “quando a dualidade soma-psique teve início”. Cita Scott que afirma ser necessário “perder a ilusão de precisar de um aparato psíquico separado de tudo aquilo que ele chamou seu corpo, seu mundo” para obter acesso “às conexões entre as superfícies e as profundezas, as fronteiras e a solidez de seu Esquema Corporal - com suas memórias, suas percepções, suas imagens etc.” Muitas vezes o paciente traz “o medo de ‘perder a cabeça’”, para que em seguida expressar o desejo de perder tal crença e logo uma melhora se manifesta. (Scott, 1949<sup>481</sup>, apud Winnicott, [1949b] 1993: 420).

Mesmo depois do estabelecimento da trama psicossomática pode haver períodos em que a psique perde o contato com o corpo. Nas doenças psicossomáticas, p.ex., o sintoma pode servir para rearticular a interação: “um dos objetivos da *doença psicossomática* é atrair a psique para longe da mente, de volta à associação íntima original com o soma” neutralizando a “‘sedução’ que a mente exerce sobre a psique.” (Winnicott, [1949b] 1993: 424). Atua assim “contra a ameaça de perda da união psicossomática, ou contra alguma forma de despersonalização.” (Winnicott, [1962 a] 1990: 60).

Descreve os apuros de uma paciente psicótica adulta na qual a personalização não tinha se desenvolvido satisfatoriamente:

“vivia dentro de sua cabeça a maior parte do tempo, atrás dos olhos. Via através dos olhos como se estivesse vendo através de janelas, não sabendo, portanto, o que faziam seus pés, apresentando como consequência a tendência a cair em buracos e tropeçar nas coisas. Não tinha 'olhos nos pés'. Não sentia a personalidade como localizada no corpo, que era como uma máquina complexa que ela tinha que dirigir com habilidade e cuidado conscientes.” (Winnicott, [1945] 1993: 275).

Relata um caso em que o paciente não modificou a insatisfação com a própria existência, mesmo depois de vários anos de análise clássica - onde as atuações históricas foram interpretadas em seu contexto edípico. Através do processo regressivo, a análise aprofundou-se num “estádio muito antigo, que foi certamente pré-natal.” Mudanças na respiração e contrações pelo corpo foram revividas reproduzindo seu nascimento difícil: “durante esta fase, ela não teria conseguido agüentar a reencenação se sua cabeça não tivesse sido segurada.” Esse gesto, na dinâmica do manejo (*handling*) e do continente (*holding*), permitiu uma entrega e produziu grande alívio. O paciente pôde aceitar a condição de não saber, “mantendo uma continuidade através de minha própria respiração” (Winnicott, [1949b]

---

*International Journal of Psychoanalyse*, v.XXVII, 1946, extraído por Winnicott de SCOTT, W.C.M.. “The body scheme in psychotherapy”, in: *Brit. J. Med. Psychol.*, v. XXII).

<sup>481</sup> Scott, “The body scheme in psychotherapy”, op. cit..

1993: 418 e 421). Então surgiu-lhe a memória de um pássaro, “visto como ‘completamente imóvel, exceto pelos movimentos da barriga que indicavam a respiração.’” A paciente alcançava o “estado no qual o funcionamento fisiológico em geral constitui o viver. (...) Esta elaboração psíquica do funcionamento fisiológico é bastante diferente do trabalho” interpretativo (Winnicott, [1949b] 1993: 420).

Através dos processos transferenciais, “no mais profundo da regressão, surgiu uma nova chance para que fosse dado início ao verdadeiro *self*.”<sup>482</sup> A paciente tornou-se “capaz de ter uma psique”, “um corpo que respira” e “o início da fantasia que faz parte da respiração e de outras funções psicológicas.”<sup>483</sup> Agora parecia “localizar a psique onde quer que o soma estivesse vivo.” (Winnicott, [1949b] 1993: 421 e 422).

Em outro relato clínico, uma paciente de 40 anos também ficou com a cabeça em suas mãos.

“Sem que houvesse a menor deliberação por parte de qualquer um de nós, estabeleceu-se, aos poucos, um ritmo de embalo. Ritmo um tanto rápido, de cerca de 70 por minuto (c.f. batimento cardíaco), que me obrigou a algum esforço para acompanhá-lo. Contudo, ali estávamos nós com a *mutualidade* expressa em termos de um movimento suave mas persistente. Estávamos-nos *comunicando* sem palavras. E isso acontecia a um nível de desenvolvimento que não exigia da paciente maturidade prévia daquilo que ela descobria possuir na regressão à dependência da fase de sua análise. Tal experiência, muitas vezes repetida, foi decisiva para a terapia e só então se viu que a violência que nos levou a ela era uma preparação e um teste complexo da capacidade do analista para enfrentar as várias técnicas de comunicação da primeira infância.” (Winnicott<sup>484</sup>, apud Khan, 1993: 22).

Esses são apenas alguns dentre muitos casos relatados por Winnicott exemplificando a abertura e disponibilidade que pautavam sua experiência clínica e sua forma de abordar a unidade psicossomática do ser humano que acompanhava na clínica.

---

<sup>482</sup> Lembrando, mais uma vez, o novo começo de Balint. Ver pp. 165 a 168, acima.

<sup>483</sup> Poucas funções fisiológicas têm esse caráter subjetivo e objetivo como a respiração, podendo ser percebida tanto de fora, quanto de dentro, sendo voluntária e involuntária, participando do espaço transicional.

<sup>484</sup> Winnicott, D.W.. “The mother-infant experience of mutuality” [1970], in: *Parenthood: its psychology and psychopathology*.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como é próprio de um trabalho como este, chego as considerações finais com plena consciência das inúmeras limitações apresentadas. Cada item poderia ser aprofundado e estendido, fazendo com que este texto apresentado seja apenas o registro de um processo em andamento. Mas é bom que seja assim. O tempo, a limitação temporal, é o mestre que sempre nos aponta a necessária saída da onipotência.<sup>485</sup> Somos finitos e é só reconhecendo nossa finitude que podemos realizar alguma coisa, algo sempre provisório, inacabado, mas enfim...

Espero nestas páginas que agora se encerram ter deixado claro a necessidade imperiosa de superarmos o pensamento dicotômico que pautou nosso projeto civilizatório no Ocidente. Essas dicotomias, como afirmei, vêm sendo superadas conceitualmente em várias áreas do conhecimento, mas persistem em nossa vivência cotidiana. Permanecemos modernos na precária “pós-modernidade” em que vivemos.

Foi buscando ressaltar o plano da experiência que recorri a Merleau-Ponty e à sua noção de corpo vivido na intersubjetividade como um marco de referência para situar o que é que eu estava querendo tratar. Através das leituras de Coelho (1991 e 2003) e Plastino (2001a e b) procurei traçar paralelos entre a concepção merleau-pontiana de “carne” e a conceitualização freudiana de um inconsciente originário e enraizado no corpo, presente na fase ulterior de sua obra, a mesma que serve de referência para os clínicos da psicanálise com quem mais me identifiquei: Ferenczi, Balint e Winnicott.

Embora não haja nenhuma originalidade na articulação entre esses autores<sup>486</sup>, a proposta desse trabalho foi buscar que seus escritos interagissem, mostrando a familiaridade de suas contribuições a partir do encadeamento de algumas de suas principais obras. Apesar de referências pontuais - particularmente em Balint ([1968] 1993), Bercherie (1984 e 1988) e Sabourin (1988 e 1990) - ainda não me deparara com nenhum texto que fizesse, de forma mais extensa e explícita, a costura dessa trama.

Enquanto teóricos extremamente vinculados à clínica, Ferenczi, Balint e Winnicott foram incansáveis em buscar formas de manejo que atendessem às necessidades do tratamento, mantendo vivo o lema de Ferenczi: “enquanto o paciente continua comparecendo,

---

<sup>485</sup> Lamento, sobretudo, não ter tido tempo e espaço suficiente para trabalhar textos importantes que li e fiquei mas que em algum momento optei por não incluir, delimitando minhas referências em prol da articulação do texto. Destaco, sobretudo, as ausências de Winnicott, 1990b; Pinheiro, 1995; Fontes, 1999, 2000a, b e 2001 e Souza, 2001.

<sup>486</sup> O projeto dessa tese, por exemplo, foi amadurecido, entre 1997 e 2000, em aulas e palestras dos Profs. Jurandir Freire Costa, Octavio Souza e Benilton Bezerra que abordavam essa articulação.

o fio de esperança não se rompeu.”<sup>487</sup> ([1931] 1992b: 71). Os três abordaram o sujeito humano em sua unidade psicossomática (ou seja, levando em consideração sua *psicorporeidade*) e em sua imbricação com seu ambiente relacional (sua intersubjetividade).

Para nos reportar a atualidade de suas contribuições remeto-me a Ogden, clínico contemporâneo influenciado por Winnicott, que ressalta que o contexto analítico tornou-se fundamental não simplesmente como enquadre para a contenção do processo, mas também como a dimensão que suporta a transferência/contra-transferência. A “comunicação indireta da contratransferência contribui de modo fundamental para o sentimento de espontaneidade, de vivacidade e de autenticidade da experiência analítica”, na medida em que “os pensamentos e sentimentos do analista são contextualizados e alterados na interação com o paciente.” É fundamental que a interpretação pressuponha a compreensão da matriz transferencial/contra-transferencial, captando o modo como o analisando fala, pensa, sente, age, além do conteúdo do que é dito. A interpretação “do contexto do significado (...) deve preceder a interpretação do conteúdo psicológico” (Ogden, 1996: 70, nota 4 e 74, nota 6, 137 e 150).

Na mesma direção, Coelho ressalta a necessidade de se abarcar “sentimentos ainda ‘sem forma’ que não podem, por isso, ser expressos em palavras.” Para serem elaborados, precisam antes receber uma forma, “através da relação ou comunicação pré-verbal com o analista que ocorre na identificação projetiva.” Os processos perceptivos presentes são “simultaneamente, constituidores e constituídos pelo campo intersubjetivo próprio ao espaço analítico.” (Coelho, 2003: 5 e 47).

Se a questão do sujeito acompanha o percurso histórico e teórico da psicanálise desde os “Estudos sobre a histeria”, com o tema da “cisão da consciência”<sup>488</sup>, por outro lado a intersubjetividade é uma noção relativamente recente na psicanálise, mas cada vez mais usada no discurso psicanalítico (Coelho, 2002: 39).

“A concepção analítica do sujeito foi tornando-se cada vez mais uma teoria da interdependência entre subjetividade e intersubjetividade. O sujeito não pode criar a si mesmo; o desenvolvimento da subjetividade requer experiências de formas específicas de intersubjetividade.” (Ogden, 1996: 55).

A inter-relação entre subjetividade e intersubjetividade, o “momento presente do passado”, é o “fato clínico central da psicanálise”. O modo de compreensão dessa inter-

---

<sup>487</sup> Ver p. 133, acima.

<sup>488</sup> A questão “quem está aí?” inaugura o texto de *Hamlet* (Shakespeare) e reverbera por toda obra freudiana.

relação influencia a prática e a teoria.<sup>489</sup> Ao contrário da concepção inicial de Freud, do analista como tela branca e neutra para receber as projeções do paciente, autores como Ferenczi, Balint e Winnicott enfatizaram a interdependência entre os sujeitos na prática analítica, mostrando “a natureza específica da experiência de inter-relação da subjetividade individual e da intersubjetividade.” (Ogden, 1996: 59).

Ogden propõe que o processo analítico se estabelece através da “inter-relação dialética das subjetividades individuais” do analista e do analisando e da constituição de “um terceiro sujeito” que é uma criação de ambos e que, ao mesmo tempo, os cria enquanto analista e analisando. “Sendo mais preciso, analista e analisando nascem no processo de criação do sujeito analítico.” (Ogden, 1996: 2 e 6).

Conjuntamente criado o terceiro analítico é vivido de formas diferentes pelos dois sujeitos na análise por meio da relação assimétrica na qual a experiência inconsciente do analisando, passada e presente, é privilegiada. “A experiência do analista no e do terceiro analítico é (primariamente) utilizada como veículo para a compreensão das experiências conscientes e inconscientes do analisando.” (Ogden, 1996: 89 e 90). Esta experiência expõe a dinâmica clínica intersubjetiva, a interdependência criativa entre os dois sujeitos, entre a transferência e a contra-transferência.

A experiência analítica permite a irrupção do “passado vivo do analisando”. O analista não vivencia esse passado, mas também não só escuta sobre ele. Compartilha da sua criação “enquanto gerada na sua vivência do terceiro analítico.” Por sua vez, o “analisando vivencia seu próprio passado vivo enquanto criado intersubjetivamente no terceiro.” Nesta vivência no e do terceiro analítico “nunca se está absolutamente só consigo mesmo” ou com as experiências passadas, uma vez que esta “está sendo criada com outra pessoa.” (Ogden, 1996: 4 e 5).

Na dinâmica transferencial/contra-transferencial desenvolve-se, assim, entre os sujeitos da análise, uma dialética intrapsíquica num campo intersubjetivo. O analisando não é simplesmente o sujeito da investigação analítica, mas também é sujeito nessa investigação, sendo sua auto-reflexão fundamental para a análise. O analista usa “sua experiência no e do

---

<sup>489</sup> Há uma miríade de formas de relação que conjugam a experiência individual e a compartilhada, a cada nível do processo analítico, incluindo a relação do analista “com a história do desenvolvimento das idéias analíticas.” (Ogden, 1996: 10). No desenvolvimento de uma compreensão intersubjetiva do processo analítico e da dinâmica transferencial/contra-transferencial, Ogden menciona Ferenczi, Balint e Winnicott, entre outros como: Klein, Kohut, Searles, Khan, Little, Green, Mc Dougall, Bollas, Boyer (1996: 58, nota 2). Ogden indica também duas revisões sobre transferência/contra-transferência: BOYER, L.B. “Counter-transference: brief history and clinical issues with regressed patients”, in: BOYER, L.B. & GIOVACCHINI, P.L. (org). Northvale: Jason Aronson, 1993, v. 2, pp. 1-22 e ETCHEGOYEN, R.H.. *The fundamentals of psychoanalytic technique*. Londres: Karnac, 1991.

recém-criado sujeito da análise (o terceiro analítico), gerado conjuntamente (mas vivenciado de forma diferente) pelo analista e pelo analisando.” Muitas vezes as interpretações precisam voltar para o nível contextual, da matriz transferencial/contra-transferencial, pois é através da análise do “estado vivencial básico” em que essa matriz é gerada, que se pode alcançar “o correlato intersubjetivo (criado no *setting* analítico) do espaço psíquico no qual o paciente vive.” E é pela “análise da contra-transferência que o analista tem acesso à natureza dos estados de ser que formam a matriz do mundo interno do paciente.” (Ogden, 1996: 7 a 9 e 159).

“Nos casos em que o analista, consciente ou inconscientemente comporta-se como se acreditasse conhecer a vivência do paciente melhor do que ele mesmo cessa de haver um reconhecimento da existência de duas pessoas na sala; só permanecem o analista e sua concepção da vivência do paciente.” (Ogden, 1996: 149).

Espero ter demonstrado que o propósito de Ferenczi, Balint e Winnicott foi sempre o de evitar cair nesta onisciência do analista, mesmo reconhecendo que muitas vezes ela se reproduzia, sendo necessário continuamente abrir mão desse lugar onipotente.<sup>490</sup>

Estes autores propõem, no lugar do pensamento autônomo e do fazer maquínico típicos do dualismo moderno, uma abertura para o campo do sensível que permite o impulso para uma ação sentida como verdadeiramente pessoal, conectada com o sentimento, a sensação e a percepção, participando do sentimento de continuidade da existência na experiência vivida.

---

<sup>490</sup> Essa busca contínua foi o motor que impulsionou as pesquisas técnicas de Ferenczi. Ver, particularmente, pp. 139, 140 e de 150 a 156, acima.

## REFERÊNCIAS

ANZIEU, Didier. *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

BALINT, Michael. *Thrills and regressions*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, The International Psycho-Analytical Library, n. 54, 1959.

\_\_\_\_\_. “Prefácio” a FERENZI, Sándor. *Psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes, 1991, pp. VII-X.

\_\_\_\_\_. “Prefácio” a FERENZI, Sándor. *Psicanálise II*. São Paulo: Martins Fontes, 1992 a, pp. IX-XII.

\_\_\_\_\_. “As experiências técnicas de Sándor Ferenczi: perspectivas para uma evolução futura” (1967), introdução a FERENZI, Sándor. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992 b, pp. XVII - XXV.

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

BAREMBLITT, Gregorio. *Cinco lições sobre a transferência*. São Paulo: Hucitec, 1996.

BARTHOLO Jr., Roberto dos Santos. *Industrialismo e modernidade*. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 1986.

\_\_\_\_\_. *Os labirintos do silêncio*. Rio de Janeiro: COPPE-UFRJ / Marco Zero, 1987.

BERCHERIE, Paul. “L’oculaire quadrifocal (II) - Epistémologie de l’heritage freudien: les quatre courrants fondamentaux de la psycanalyse”, in: *Ornicar? Revue du champ freudien*. Paris, juillet-septembre, 1984.

\_\_\_\_\_. *Geographie du champ psychanalytique*. Paris: Navarin Éditeur (data de impressão: 1988).

BERGER, Peter e LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 1973.

BERGSON, Henri. *Matéria e memória*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. “A intuição filosófica”, in: *Os pensadores*, v. XXXVIII. São Paulo: Abril Cultural, 1974, pp. 61-74.

BIRMAN, Joel. *Por uma estilística da existência*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1986.

\_\_\_\_\_. *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CARNEIRO LEÃO, Emmanuel. “Introdução”, in: Heráclito, *Fragmentos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980.

CASTORIADIS, Cornelius. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

\_\_\_\_\_. “Ciência moderna e interrogação filosófica”, in: *As encruzilhadas do labirinto 1*. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. “Tempo e criação”, in: *O mundo fragmentado. As encruzilhadas do labirinto 3*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

COELHO Jr., Nelson. “O inconsciente em Merleau-Ponty”, in: *O Inconsciente, várias leituras*. São Paulo, Escuta, 1991.

\_\_\_\_\_. “Intersubjetividade e isolamento pessoal nas teorias fenomenológicas e psicanalíticas”. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2003 (mimeo).

COELHO Jr., Nelson e CARMO, Paulo Sérgio do. *Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência*. São Paulo: Escuta, 1991.

DAMÁSIO, Antônio. *O Erro de Descartes*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_. *O mistério da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DAVIS, Madeleine e WALLBRIDGE, David. *LIMITE E ESPAÇO: uma introdução à obra D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

DESCARTES, René. “Meditações”, in: *Os Pensadores*, v. XV. Rio de Janeiro: Abril Cultural, 1973.

DOLTO, Françoise. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

DUPONT, Judith. “Introdução” a FERENCZI, Sándor. *Psicanálise III*. São Paulo: Martins Fontes, 1993, pp. VII-XII.

FERENCZI, Sándor. *Psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes, 1991

\_\_\_\_\_. “As neuroses à luz dos ensinamentos de Freud e a psicanálise” (1908 a), pp. 5-22.

\_\_\_\_\_. “Psicanálise e pedagogia” (1908 b), pp. 35-40.

\_\_\_\_\_. “Sobre a história do movimento psicanalítico” (1910), pp. 145-154.

FERENCZI, Sándor. *Psicanálise II*. São Paulo: Martins Fontes, 1992 a.

\_\_\_\_\_. “O homoerotismo: nosologia da homossexualidade masculina” (1911), pp. 117-129.

FERENCZI, Sándor. "O desenvolvimento do sentido de realidade e suas fases" (1913), pp. 39-53.

\_\_\_\_\_. "Técnica psicanalítica" (1919 a), pp. 357-367.

FERENCZI, Sándor. *Psicanálise III*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

\_\_\_\_\_. "Dificuldades técnicas de uma análise de histeria (com observações sobre o onanismo larvado e os 'equivalentes masturbatórios')" (1919 b), pp. 1-7.

\_\_\_\_\_. "Prolongamentos da 'técnica ativa' em psicanálise" (1921), pp. 109-125.

\_\_\_\_\_. "O sonho do bebê sábio" (1923), p. 207.

\_\_\_\_\_. "Perspectivas da psicanálise (sobre a interdependência da teoria e da prática)" (1924 a), pp.225-240 (com Otto Rank).

\_\_\_\_\_. "As fantasias provocadas" (1924 b), pp.241-248.

\_\_\_\_\_. "Thalassa" (1924 c), pp.255-325.

\_\_\_\_\_. "Psicanálise do hábitos sexuais" (1925), pp.327-359.

\_\_\_\_\_. "Contra-indicações da técnica ativa" (1926 b), pp.365-375.

\_\_\_\_\_. "O problema da afirmação do desprazer" (1926 c), pp.393-404.

FERENCZI, Sándor. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992 b.

\_\_\_\_\_. "A adaptação da família à criança" (1928 a), pp. 1-13.

\_\_\_\_\_. "O problema do fim da análise" (1928 b), pp. 15-24.

\_\_\_\_\_. "Elasticidade da Técnica psicanalítica" (1928 c), pp. 25-36.

\_\_\_\_\_. "A criança mal acolhida e sua pulsão de morte" (1929), pp. 47-52.

\_\_\_\_\_. "Princípio de Relaxamento e Neocatarse" (1930), pp. 53-68.

\_\_\_\_\_. "Análises de crianças com adultos" (1931), pp. 69-83.

\_\_\_\_\_. "Confusão de língua entre os adultos e a criança (a linguagem da ternura e da paixão)" (1933), pp. 97-106.

\_\_\_\_\_. "Reflexões sobre o trauma" (Artigos póstumos), pp. 109-117.

\_\_\_\_\_. "O tratamento psicanalítico do caráter" (Artigos póstumos), pp. 215-221.

FERENCZI, Sándor. “Notas e fragmentos” (Artigos póstumos), pp. 235-284.

FERENCZI, Sándor. *Diário clínico* (1932). São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FONTES, Ivanise. “Psicanálise do sensível: a dimensão corporal da transferência”, in: *Revista Latinoamericana de Psicologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, abril de 1999, pp. 64-70.

\_\_\_\_\_. “O corpo na metapsicologia”, in: *Psicologia Clínica*, v. 12, n. 1. São Paulo, 2000a, pp. 75-82.

\_\_\_\_\_. “A experiência sensorial na tenra infância: o registro corporal das impressões precoces”. São Paulo, Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise/PUC-SP, 2000b (texto para discussão).

\_\_\_\_\_. “Transferência: uma regressão alucinatória”, in: *Revista Latinoamericana de Psicologia Fundamental*, v. IV, n. 2. São Paulo: Escuta, junho de 2001, pp. 18-28.

FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1980.

\_\_\_\_\_. “Estudos sobre a histeria” (1893), in: *O.C.*, v. II.

\_\_\_\_\_. “As psiconeuroses de defesa” (1894), in: *O.C.*, v. III.

\_\_\_\_\_. “Projeto para uma psicologia científica” (1895), in: *O.C.*, v. I.

\_\_\_\_\_. “A etiologia da histeria” (1896), in: *O.C.*, v. III.

\_\_\_\_\_. “Lembranças encobridoras” (1899), in: *O.C.*, v. III.

\_\_\_\_\_. “A interpretação dos sonhos” (1900), in: *O.C.*, v. IV e V.

\_\_\_\_\_. “A psicopatologia da vida cotidiana” (1901), in: *O.C.*, v. VI.

\_\_\_\_\_. “Fragmento da análise de um caso de histeria” (1905 a), in: *O.C.*, v. VII.

\_\_\_\_\_. “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905 b), in: *O.C.*, v. VII.

\_\_\_\_\_. “Sobre a psicoterapia” (1905 c), in: *O.C.*, v. VII.

\_\_\_\_\_. “Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna” (1908), in: *O.C.*, v. IX.

\_\_\_\_\_. “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (1909 a), in: *O.C.*, v. X.

\_\_\_\_\_. “Notas sobre um caso de neurose obsessiva” (1909 b), in: *O.C.*, v. X.

\_\_\_\_\_. “Cinco lições de psicanálise” (1910 a), in: *O.C.*, v. XI.

\_\_\_\_\_. “Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância” (1910 b), in: *O.C.*, v. XI.

FREUD, Sigmund. “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*Dementia paranoides*)” (1911 a), in: *O.C.*, v. XII.

\_\_\_\_\_. “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental” (1911 b), in: *O.C.*, v. XII.

\_\_\_\_\_. “A dinâmica da transferência” (1912), in: *O.C.*, v. XII.

\_\_\_\_\_. “Sobre o início do tratamento” (1913 a), in: *O.C.*, v. XII.

\_\_\_\_\_. “Totem e tabu” (1913 b), in: *O.C.*, v. XIII.

\_\_\_\_\_. “Sobre a psicanálise” (1913 c), in: *O.C.*, v. XII.

\_\_\_\_\_. “Recordar, repetir e elaborar ” (1914 a), in: *O.C.*, v. XII.

\_\_\_\_\_. “A história do movimento psicanalítico” (1914 b), in: *O.C.*, v. XIV.

\_\_\_\_\_. “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914 c), in: *O.C.*, v. XIV.

\_\_\_\_\_. “Observações sobre o amor transferencial” (1915 a), in: *O.C.*, v. XII.

\_\_\_\_\_. “As pulsões e suas vicissitudes” (1915 b), in: *O.C.*, v. XIV.

\_\_\_\_\_. “Repressão” (1915 c), in: *O.C.*, v. XIV.

\_\_\_\_\_. “O inconsciente” (1915 d), in: *O.C.*, v. XIV.

\_\_\_\_\_. “Sobre o simbolismo”, “Conferências introdutórias sobre psicanálise”(1916a), in: *O.C.*, v. XV.

\_\_\_\_\_. “Conferências Introdutórias sobre psicanálise”, nº. XXII (1916 b), in: *O.C.*, v. XV.

\_\_\_\_\_. “Luto e melancolia” (1917 a), in: *O.C.*, v. XIV.

\_\_\_\_\_. “Transferência”, “Conferências Introdutórias sobre psicanálise”, nº. XXVIII (1917 b), v. XVI.

\_\_\_\_\_. “Terapia analítica”, “Conferências introdutórias sobre psicanálise”, nº XXIX (1917 c), v. XVI.

\_\_\_\_\_. “A angústia”, “Conferências Introdutórias sobre psicanálise”, nº. XXV (1917 d), in: *O.C.*, v. XVI.

\_\_\_\_\_. “Uma dificuldade no caminho da psicanálise” (1917 e), in: *O.C.*, v. XVII.

\_\_\_\_\_. “História de uma neurose infantil” (1918), in: *O.C.*, v. XVII.

FREUD, Sigmund. “Introdução a *A psicanálise e as neuroses de guerra*” (1919), in: *O.C.*, v. XVII.

\_\_\_\_\_. “Além do princípio de prazer” (1920), in: *O.C.*, v. XVIII.

\_\_\_\_\_. “Psicologia de grupo e a análise do ego” (1921), in: *O.C.*, v. XVIII.

\_\_\_\_\_. “O ego e o id” (1923 a), in: *O.C.*, v. XIX.

\_\_\_\_\_. “Dr. Sandór Ferenczi (em seu 50º aniversário)” (1923 b), in: *O.C.*, v. XIX.

\_\_\_\_\_. “Neurose e psicose” (1924), in: *O.C.*, v. XIX.

\_\_\_\_\_. “Um estudo autobiográfico” (1925), in: *O.C.*, v. XX.

\_\_\_\_\_. “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926 a), in: *O.C.*, v. XX.

\_\_\_\_\_. “Psicanálise” (1926 b), in: *O.C.*, v. XX.

\_\_\_\_\_. “O mal-estar na civilização” (1930), in: *O.C.*, v. XXI.

\_\_\_\_\_. “A feminilidade”, “Novas conferências”, nº XXXIII (1932), in: *O.C.*, v. XXII.

\_\_\_\_\_. “Sandór Ferenczi” (1933), in: *O.C.*, v. XXII.

\_\_\_\_\_. “Análise terminável e interminável” (1937 a), in: *O.C.*, v. XXIII.

\_\_\_\_\_. “Construções em análise” (1937 b), in: *O.C.*, v. XXIII.

\_\_\_\_\_. “Moisés e o monoteísmo: três ensaios” (1939), in: *O.C.*, v. XXIII.

\_\_\_\_\_. “Esboço de psicanálise” (1940), in: *O.C.*, v. XXIII.

FREUD, Sigmund e FERENCZI, Sándor. *The correspondance of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi – 1920-1933*, v.3. London: The Belknap Press of Harvard Uiv. Press, 2000 (edited by Ernst Falzeder and Eva Brabant).

FREUD, Sigmund e FLIESS, Wilhelm. *A correspondência completa de Sigmund Freud e Wilhelm Fliess – 1874-1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986 (editado por Jeffrey Moussaieff Masson).

GARCIA-ROZA, Luís Alfredo. “Prefácio” a LEJARRAGA, Ana Lila. *O trauma e seus destinos*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

GAY, Peter. *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GILES, Thomas Ransom. *História do Existencialismo e da Fenomenologia*. São Paulo: EPU/USP, 1975, 2 vols.

GRODDECK, Georg. *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GROLNICK, Simon. *Winnicott: o trabalho e o brinquedo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

HEIDEGGER, Martin. "Que é isto - a filosofia?", in: *Os Pensadores*, v. XLV. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

KAHR, Brett. *A vida e a obra de D. W. Winnicott: um retrato biográfico*. Rio de Janeiro: Exodus, 1996.

KHAN, M. Masud R.. "Prefácio" a Winnicott, Donald D.. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, pp. 7-61.  
\_\_\_\_\_. *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Aves, 1984.

KEMPER, Jöchen. *Standard Freud: uma avaliação crítica do reducionismo nas edições da obra freudiana*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

KOYRÉ, Alexander. *Do mundo fechado ao universo infinito*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1986.

KRISTEVA, Julia. *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, J.-B.. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEJARRAGA, Ana Lila. *O trauma e seus destinos*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996 (Tese de mestrado em Teoria Psicanalítica, UFRJ, 1992).

LOPARIC, Zeljko. "Um olhar epistemológico sobre o inconsciente freudiano", in: *O inconsciente, várias leituras*. São Paulo, Escuta, 1991.

MAIA, Marisa Schargel. "A questão do sentido na clínica psicanalítica", in: BEZERRA, Benilton e PLASTINO, Carlos Alberto (orgs.). *Corpo, afeto e linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Contracapa/Rios Ambiciosos, 2001.

\_\_\_\_\_. *Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. Tese de doutoramento em Saúde Coletiva, defendida no IMS/UERJ em 2002.

MANGABEIRA, Nancy. *O encantamento do humano: ecologia e espiritualidade*. São Paulo: Ed. Loyola, 1991.

MARCELLI, Daniel. *Estados fronteiriços em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

MELLO F<sup>o</sup>, Julio de (org.). *Donald Winnicott na América Latina: teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção* (1945). Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971.

\_\_\_\_\_. *O visível e o invisível* (1964). São Paulo: Perspectiva, 2003.

MORIN, Edgar. *O método I: a natureza da natureza*. Lisboa: Europa-América, 1977.

\_\_\_\_\_. *O método II: a vida da vida*. Lisboa: Europa-América, 1980.

\_\_\_\_\_. *El paradigma perdido, ensayo de bioantropologia*. Barcelona: Ed. Kairós, 1992.

NASIO, Juan-David. *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

NEGRI, Antonio e HARDT, Michael. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

NIETZSCHE, Friedrich. "A filosofia na época da tragédia grega", in: *Os Pensadores*, v.I. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

OGDEN, Thomas H.. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1996.

PINHEIRO, Teresa. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/Ed. UFRJ, 1995.

PLASTINO, Carlos Alberto. *A aventura freudiana: elaboração e desenvolvimento do conceito de inconsciente em Freud*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro/Ed. UFRJ, 1993.

\_\_\_\_\_. "Sentido e complexidade", in: BEZERRA, Benilton e PLASTINO, C.A. (orgs.). *Corpo, afeto e linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Contracapa/Rios Ambiciosos, 2001 a.

\_\_\_\_\_. *O primado da afetividade: Freud e a crítica do paradigma moderno*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2001 b.

\_\_\_\_\_. "Como pensar o conceito de pulsão hoje", In: *Trieb*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Sociedade Brasileira de psicanálise do Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. "O quinto rombo: a psicanálise", in: *Conhecimento prudente para uma vida decente*. Rio de Janeiro: Cortez, 2003.

SABOURIN, Pierre. *Ferenczi, paladino e grão-vizir secreto*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

\_\_\_\_\_. "Perdão mútuo, sucesso final", posfácio a FERENCZI, Sándor. *Diário clínico* (1932). São Paulo: Martins Fontes, 1990.

\_\_\_\_\_. "Prefácio: Vizir secreto e cabeça de turco." In: FERENCZI, Sándor. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, pp. VII-XV.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre a ciência na transição para uma ciência pós-moderna*. Porto Alegre: Estudos Avançados, s/d.

\_\_\_\_\_. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

\_\_\_\_\_. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

SARTRE, Jean-Paul. “O existencialismo é um humanismo”, in: *Os pensadores*, v. XLV. São Paulo: Abril Cultural, 1973, pp. 7-38.

SOUZA, Octavio. “Nota sobre algumas diferenças na valorização dos afetos nas teorias psicanalíticas”, in: BEZERRA, Benilton e PLASTINO, C.A. (orgs.). *Corpo, afeto e linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Contracapa/Rios Ambiciosos, 2001, pp. 285-298.

STERN, Daniel. *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

WINNICOTT, Clare. “D.W.W.: uma reflexão”, in: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, pp. 1-13.

WINNICOTT, Donald Woods. *Da pediatria à psicanálise* (1958). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

\_\_\_\_\_. “Notas sobre normalidade e ansiedade” (1931), pp. 69-95.

\_\_\_\_\_. “A defesa maníaca” (1935), pp.247-267.

\_\_\_\_\_. “A observação de bebês em uma situação estabelecida” (1941), pp. 139-164.

\_\_\_\_\_. “Desenvolvimento emocional primitivo” (1945), 1993, pp. 269-285.

\_\_\_\_\_. “Ódio na contra-transferência” (1947), pp. 341-353.

\_\_\_\_\_. “Pediatria e psiquiatria” (1948), pp. 287-311.

\_\_\_\_\_. “Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade” (1949 a), pp. 313-339.

\_\_\_\_\_. “A mente e sua relação com o psique-soma” (1949 b), pp. 409-425.

\_\_\_\_\_. “Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional” (1950), pp. 355-374.

\_\_\_\_\_. “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” (1951), pp. 389-408; e também, in: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, pp. 13-44.

\_\_\_\_\_. “Psicose e cuidados maternos” (1952), pp. 375-387.

WINNICOTT, Donald Woods. "Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico" (1954), pp. 459-482.

\_\_\_\_\_. "Variedades clínicas da transferência" (1955), pp. 483-489.

\_\_\_\_\_. "Preocupação materna primária" (1956 a), pp. 491-498.

\_\_\_\_\_. "A tendência anti-social" (1956 b), pp. 499-511.

WINNICOTT, Donald Woods. *O ambiente e os processos de maturação* (1965). Porto Alegre: Artes Médicas, 1990 a.

\_\_\_\_\_. "Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise" (1957), pp. 101-105.

\_\_\_\_\_. "Psicanálise do sentimento de culpa" (1958 a), in: pp. 19-30.

\_\_\_\_\_. "A capacidade de estar só" (1958 b), pp.31-37.

\_\_\_\_\_. "Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?" (1959-1964), pp.114-127.

\_\_\_\_\_. "Teoria do relacionamento paterno-infantil" (1960 a), pp. 38-54.

\_\_\_\_\_. "Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*" (1960 b), pp. 128-139.

\_\_\_\_\_. "A integração do ego no desenvolvimento da criança" (1962 a), pp. 55-61.

\_\_\_\_\_. "Enfoque pessoal da contribuição kleiniana" (1962 b), pp. 156-162.

\_\_\_\_\_. "O desenvolvimento da capacidade de se preocupar" (1963 a), pp. 70-78.

\_\_\_\_\_. "Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo" (1963 b), pp. 79-87.

\_\_\_\_\_. "Treinamento para psiquiatria de crianças" (1963 c), pp. 175-183.

WINNICOTT, Donald Woods. *O brincar e a realidade* (1971). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. "Objetos transicionais e fenômenos transicionais" (1951), pp. 13-44.

\_\_\_\_\_. "A localização da experiência cultural" (1967), pp. 133-143.

\_\_\_\_\_. "O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações" (1969), pp. 121-131.

\_\_\_\_\_. "Introdução" (1971 a), pp. 9-12.

\_\_\_\_\_. "O brincar: uma exposição teórica" (1971 b), pp. 59-77.

WINNICOTT, Donald Woods. “O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (*self*)” (1971 c), pp. 79-93.

\_\_\_\_\_. “A criatividade e suas origens” (1971 d), pp. 95-120.

WINNICOTT, Donald Woods. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

\_\_\_\_\_. “O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações” (1969), pp. 171-177.

\_\_\_\_\_. “D.W.W. sobre D.W.W.” (1967), pp. 433-443.

WINNICOTT, Donald Woods. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990 b.