



Solange Maria Serrano Fuchs

**A escuta analítica – A dimensão corporal,
afetiva e sensorial na transferência**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Psicologia do Departamento de
Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Rio de Janeiro

Março de 2011



Solange Maria Serrano Fuchs

**A escuta analítica – A dimensão corporal,
afetiva e sensorial na transferência**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig
Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

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

Prof. Octavio Almeida de Souza
FIOCRUZ - RJ

Profa. Denise Berruezo Portinari
Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /2011.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da autora, da orientadora e da universidade.

Solange Maria Serrano Fuchs

Graduou-se em Psicologia Clínica na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 1998. Faz formação Psicanalítica na SPID- Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle

Ficha Catalográfica

Fuchs, Solange Maria Serrano

A escuta analítica – A dimensão corporal, afetiva e sensorial na transferência / Solange Maria Serrano Fuchs; orientadora: Silvia Abu-Jamra Zornig. – 2010.

105 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2010.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Escuta analítica. 3. Afetividade. 4. Sensorialidade. 5. Corpo. I. Zornig, Silvia Abu-Jamra. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

A Silvia Zornig pela orientação cuidadosa que possibilitou espaço para a reflexão.

A Vice-Reitoria Acadêmica pelo apoio concedido.

Aos professores do departamento de Psicologia pela dedicação e ensino.

Ao professor Carlos Augusto Peixoto Júnior por suas aulas que muito contribuíram para o desenvolvimento do trabalho.

A Marcelina e Verinha pela ajuda em todas as horas.

As amigas da pós pelos bons encontros, em especial, Tami, Ana Carolina, Patrícia e Ana Valéria.

A Angela Coutinho por sua presença em minha trajetória.

À querida Ruth Goldenberg, por fazer parte de meu percurso, por sua sensibilidade e acolhimento.

Ao Eduardo Rozenthal e Auterives Maciel pelo incentivo.

A Ninfa Parreiras e Camila Drubscky pelo incentivo e amizade de sempre.

Ao Paulo, pelo apoio e compreensão.

Ao Leonardo e a Luiza, por não deixarem de solicitar minha presença nesse período de intenso estudo.

Aos meus pacientes por me ensinarem a todo o momento.

Resumo

Fuchs, Solange Maria Serrano; Zornig, Silvia Abu-jamra Zornig (Orientadora). **A Escuta Analítica – As Dimensões Corporal, Afetiva e Sensorial na Transferência**. Rio de Janeiro, 2011. 105p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A escuta analítica não se restringe à palavra, mas inclui o corpo que traz as marcas de uma história que se mantém viva e atuante. A entonação, o ritmo, as pausas, o silêncio, o olhar revelam o que muitas vezes escapa ao discurso. O encontro analista-analisando possibilita que as impressões gravadas no psiquismo, a partir das sensações corporais sentidas numa fase anterior à palavra, sejam desveladas e significadas. A escuta sensível do analista dessas múltiplas expressões corpóreo-afetivas representa uma importante ampliação do campo de investigação na experiência analítica. A reflexão desenvolvida neste trabalho parte do reconhecimento da dimensão corporal que é fundamental em qualquer análise, mas que ganhou ênfase, principalmente, a partir da clínica com pacientes que apresentam dificuldade de expressão pela via representacional.

Palavras-chave

Escuta analítica; afetividade; sensorialidade; corpo.

Abstract

Fuchs, Solange Maria Serrano; Zornig, Silvia Abu-jamra Zornig (Advisor). **The Analytic Listening _ Corporal, Affective and Sensory Dimension in the Transference**. Rio de Janeiro, 2011. 105p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Analytical listening goes beyond words. It includes the body that shows traces of a history that is kept alive and active. Intonation, rhythm, pauses, silence and looks may reveal more than speech. The analyst/patient meeting enables psychic printed impressions – from bodily sensations felt during a phase prior to word - to be revealed and implied. The analyst sensible listening to these multiple affective bodily expressions represents an important enlargement in the investigation field of the analytical experience. The reflection developed in this work stems from the bodily dimension that is fundamental in any analysis, but which has been emphasized mainly when treating patients who have difficulty expressing themselves orally.

Keywords

Analytical listening; affection; sensibility; body.

Sumário

1. Introdução	8
2. O Corpo na Psicanálise	13
2.1. A Dimensão Corporal e Afetiva na Teoria Ferencziana	16
3. O Campo do Sensível – Corpo, Sensorialidade e Afetividade nas Primeiras Relações Objetais	30
3.1. O Objeto Primário e sua Função de Cuidado	35
3.2. A Experiência de Comunicação na Relação Mãe-Bebê	42
3.3. A Origem da Capacidade de Confiar	52
4. As Relações entre Corpo, Afeto e Sensorialidade na Transferência	62
4.1. O Lugar do Corpo do Analista – A Dimensão Intersubjetiva	70
4.2. O Paradoxo na Situação Analítica	83
4.3. Espaço e Tempo na Experiência Analítica	87
5. Considerações Finais	94
6. Referências bibliográficas	100

Introdução

Vários questionamentos surgem a partir da experiência no campo dos afetos, onde o analista é convocado em corpo e psiquismo, na urgência e na intensidade, em sua verdade e em seu ato, no que houver de mais espontâneo e autêntico, em sua disponibilidade emocional mais genuína. É necessário que o analista suporte se deixar levar pelo analisando nesse desconhecido e obscuro campo do sensível. Tal atravessamento produz um efeito especial em nossa trajetória e nos desafia a buscar a compreensão desses fenômenos.

Entender a clínica como experiência criativa e, nesse caso, como experiência de acontecimento, onde corpo e psiquismo do analista e do analisando estão em trocas intensas e constantes, demarca um campo a ser permanentemente investigado por tudo que pode surgir e nos surpreender.

São fenômenos que apontam para uma dimensão fundamental da transferência – uma dimensão afetiva, na qual aspectos ligados à linguagem não-verbal, tais como: o olhar, o tom de voz, o ritmo, a expressão facial, o movimento corporal e toda a gama de impressões sensoriais que comunicam o inconsciente do analisando são captados pelo analista. Trata-se, muitas vezes, de pequenas percepções (Gil, 2005), sutilezas que, na verdade, são índices significativos, pois abrem um campo de investigação do inconsciente.

As marcas ou impressões gravadas no psiquismo que se originam a partir de sensações corporais sentidas através do contato com a mãe, numa fase anterior à palavra, estão sempre presentes em nossa vida e de forma ativa, mas muitas vezes inconscientes. O encontro analista-analisando possibilita que essas impressões, pertencentes a uma memória corporal, sejam desveladas numa linguagem, através de um sentido revivido na experiência analítica.

É importante que o analista esteja sensível a essas manifestações corporais, que consiga entrar em sintonia com esse ritmo e as acolha como uma “caixa de ressonância” e, a partir daí, possa ajudar seu analisando a pôr em palavras aquilo que estava silenciado, marcado corporalmente e que pedia uma verbalização. O analista traduz tais sensações em questões para que o analisando possa entrar cada

vez mais em contato com essa via reveladora do inconsciente, construindo na análise algo que necessitava de simbolização. Nesse sentido, há uma ampliação da interpretação, pois não se trata de afirmar algo, mas de levantar proposições com base em uma experiência intensa, verdadeira e compartilhada na análise.

Afeto e corpo estão presentes na obra freudiana, mas são estudados a partir do modelo de funcionamento psíquico das psiconeuroses de defesa. A dimensão corporal é estudada principalmente no início de sua obra, no *Projeto* (1895), em *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), posteriormente, em *O Ego e o Id* (1923), atendo-se mais especificamente ao longo dos artigos à questão fantasística, afastando-se da perspectiva inicial da sua obra.

A problemática do afeto é desenvolvida ao longo dos diferentes enfoques no percurso teórico de Freud, como lembra Green, “às vezes os remanejamentos teóricos implicam uma modificação do estatuto do afeto, às vezes uma diferença de apreciação de seu valor funcional explicará uma mudança na teoria” (GREEN, 1982, p.13).

Green (1982) ressalta ainda que o quadro teórico desenvolvido pelos sucessores de Freud corresponde a diferentes concepções do afeto, pois tais concepções dependem das condições em que o afeto aparece na experiência da transferência na análise. Nesse sentido, podemos salientar que a maneira como o analista acolhe esses afetos será fundamental, e isso depende diretamente de sua disponibilidade emocional, sua flexibilidade, aspectos trabalhados ou não em sua própria análise.

A questão do corpo foi pouco valorizada na teoria e na clínica, durante muito tempo, entretanto, tem sido estudada por alguns autores na contemporaneidade, possibilitando uma maior compreensão de fenômenos relacionados a fases anteriores ao processo de recalçamento, anteriores à linguagem, mas que na verdade, estão presentes e atuantes.

Na clínica contemporânea, frente aos impasses surgidos com relação ao campo dos afetos, com questões relacionadas à fase primitiva da constituição psíquica, buscamos em Ferenczi, Winnicott e em autores contemporâneos, como Figueiredo, Ogden, Roussillon, uma articulação teórico-clínica como base para refletirmos sobre a questão central que pretendemos investigar e discutir: *de que forma podemos pensar a escuta analítica do corpo?*

A concepção ferencziana de clínica como campo de investigação possibilita pensarmos a clínica como campo de criação, na qual a dimensão afetiva é fundamental. Ferenczi foi sensível em sua escuta e pôde pensar a respeito de impasses teórico-clínicos e propor novas perspectivas, frente ao que sua clínica suscitava. Dessa forma, ampliou e desenvolveu a teoria psicanalítica em perspectivas como o lugar do analista, a importância da contratransferência, a questão traumática, as dimensões afetiva e corporal presentes, mas nem sempre consideradas na análise clássica.

Seu pensamento influenciou vários autores, dentre eles Winnicott, que foi um dos psicanalistas que mais levou às últimas conseqüências a concepção ferencziana, tanto em sua prática clínica como em artigos que desenvolveu. A base teórica de Winnicott e de Ferenczi nos dará importantes subsídios para a articulação teórico-clínica que pretendemos desenvolver.

O tema desse trabalho, qual seja o das relações entre corpo, afeto e sensorialidade na transferência, toma por base contribuições de teóricos que vêm na relação com o outro o elemento estruturante da vida psíquica. Além das contribuições de Ferenczi e Winnicott, contamos com algumas idéias de Tustin, McDougall, Aulagnier e autores contemporâneos.

Nesse trabalho nos propomos a refletir sobre a dimensão do corpo, que é fundamental em qualquer análise, mas que ganhou ênfase principalmente a partir da clínica com pacientes que apresentam dificuldade de expressão pela via representacional. Esses pacientes nos desafiam a buscar soluções frente aos impasses técnicos e teóricos, pois a teoria baseada no registro de representações não se mostra capaz de explicar as manifestações resultantes das experiências traumáticas. Referimo-nos à clínica dos pacientes difíceis, pacientes *borderline*, casos de somatizações, compulsões, pacientes que apresentam dificuldade de simbolização.

Nesses casos, o corpo não comparece como suporte do simbólico como nas históricas de Freud. Não se trata nesses casos de processo de recalçamento, em que a dimensão simbólica possibilitaria o trabalho interpretativo. Esses pacientes indicam que “a raiz da sua doença é mais distante e profunda do que o conflito-edípico” (BALINT, 1993, p.11).

Para a reflexão a respeito da escuta analítica do corpo, optamos por apresentar inicialmente a concepção do estatuto do corpo nos primórdios da

psicanálise com Freud e a crescente importância que essa noção foi recebendo a partir da investigação teórico-clínica postulada por Ferenczi e Winnicott. Ainda nessa primeira parte do trabalho, apresentamos alguns dos principais textos ferenczianos que nos ajudam a pensar, não somente na questão da constituição do psiquismo, mas também na importância das noções que esse autor traz para o eixo transferência-contratransferência, fundamentais para a reflexão psicanalítica.

Na terceira parte do trabalho, o foco do estudo é a sensorialidade e a afetividade nas primeiras relações objetais como base para a constituição do psiquismo, tendo por eixo teórico contribuições de Winnicott. Destacamos a questão da comunicação, da confiança e do cuidado e nosso objetivo foi refletir sobre a importância dessas noções não somente para as experiências iniciais, mas também para a experiência na clínica. As contribuições de autores como Aulagnier, Anzieu, Tustin e Green nos ajudam a destacar aspectos que consideramos fundamentais para a reflexão.

No capítulo seguinte, é desenvolvida, mais especificamente, a questão da escuta analítica. São discutidos aspectos relacionados à dimensão corporal e afetiva, enfatizamos a questão da intersubjetividade presente no eixo transferência-contratransferência. O paradoxo na situação analítica é apresentado a partir da ideia de transicionalidade presente no conceito de fenômenos transferenciais desenvolvido por Winnicott. As noções de espaço e de tempo na experiência analítica são pensadas como duas dimensões que se cruzam e dão consistência ao processo analítico.

O trabalho segue essa ordenação pela ênfase dada às questões que privilegiam a escuta clínica que tem como referencial teórico uma metapsicologia das relações objetais. Desse modo, em todos os capítulos, mesmo o que se relaciona, mais precisamente, à constituição psíquica, procuramos manter a dialética com questões relativas à clínica. Nosso objetivo foi ressaltar aspectos que são significativos para a constituição psíquica, dentre eles, a dimensão corpóreo-afetiva, e que recebem destaque na clínica contemporânea.

Ao final apresentamos considerações relativas à escuta analítica do corpo, com o objetivo de retomar e enfatizar aspectos desenvolvidos ao longo do trabalho, qual seja, a importância de uma base de confiança para o processo analítico, a importância da sensorialidade e da afetividade para a escuta na análise. Enfatizamos também a dimensão do cuidado que é fundamental para o processo

analítico, principalmente frente à necessidade da experiência regressiva na análise. A articulação teórica nessa parte do trabalho reúne contribuições de Ferenczi, Winnicott e de autores contemporâneos como, Figueiredo e Fontes, que nos ajudam a pensar nessas questões.

2

O Corpo na Psicanálise

A psicanálise surgiu a partir da escuta de “um fora de sentido”, algo que “gritava” para ser ouvido, marcado no corpo da histérica e que provocava questionamentos, pois estava fora do campo de estudo que a medicina conseguia abarcar.

Os quadros sintomáticos como cegueiras histéricas, enxaquecas, paralisias, contraturas indicavam a inegável articulação entre a histeria e os sintomas que envolvem o corpo e, ao mesmo tempo, a separação da histeria da anatomia patológica, pois esses quadros sintomáticos não remetiam a nenhuma lesão orgânica. Com isso, novas intervenções clínicas são buscadas, a hipnose e a sugestão são então utilizadas como método de investigação clínica, porém tanto uma quanto a outra produziam melhoras transitórias. Surge, então, a necessidade de o paciente narrar sua história pessoal para que o momento traumático responsável pela histeria fosse localizado (GARCIA-ROZA, 1984).

Essas narrativas, contudo, trazem um forte componente sexual que é determinante na histeria e é a partir desse ponto que a investigação freudiana vai se processar. Freud, a princípio, compreende que o que incide sobre o corpo decorre de traumas factuais, de ordem sexual e cria a teoria da sedução. Essa hipótese logo é abandonada e a dimensão fantasística ganha destaque a partir daí, em detrimento da dimensão factual. Interessa como os fatos são apreendidos fazendo parte de uma realidade psíquica, ou seja, a fantasia traz a marca do sujeito, sua especificidade, como autor de uma ficção que é investida de afeto (FREUD, 1897).

A histérica pede uma escuta, pede para falar e, nesse contexto, o sintoma corporal ganha sentido através de seu discurso, que não é qualquer fala, mas uma fala direcionada ao analista. Essa fala corporalizada (GREEN, 1990) traz a marca de uma história infantil, traz o conteúdo dos seus sonhos, seus desejos e fantasias.

Nesse sentido, o corpo da histérica comparece como suporte do simbólico (Maia, 2004). É possível, então, se alinhar uma história, interpretar os sentidos criados através da transferência. Esses sentidos são marcados pelo desejo, pelas

fantasias, o que indica um destaque na teoria freudiana à dimensão intrapsíquica e, como lembra Zornig (2008), apesar de ressaltar a necessidade da presença do Outro para que o sujeito possa se constituir, a obra freudiana tem como proposição clínica uma metapsicologia direcionada ao conflito intrapsíquico, centrada no Édipo e na castração, ou seja, uma clínica do conteúdo. É, portanto, a partir dessa perspectiva, tendo como modelo de funcionamento psíquico as psiconeuroses de defesa, que Freud elabora sua metapsicologia.

No contexto analítico, não somente a fala tem importância. Muitas vezes o discurso não revela o que o corpo consegue comunicar. O discurso explicita, mas por outro lado, engana, seduz, distorce a favor da própria resistência. A linguagem do corpo é matéria bruta, essência rica em intensidade, que foi, no entanto, durante muito tempo, desprezada tanto na clínica, como na teoria, ora porque o foco era na dimensão intrapsíquica, ora porque o foco era na análise do discurso.

Reis (2004) salienta que embora Freud privilegiasse a narrativa como o instrumento primordial da técnica psicanalítica, há observações ao longo de sua obra em que ele reconhece que o corpo fala não somente através dos sintomas histéricos, mas o corpo também expressa afetos, sensações de tensão, relaxamento através dos músculos faciais, do olhar, da postura corporal, da sonoridade da voz. Além disso, Reis (2004) lembra que Freud também faz referência aos efeitos de estados depressivos sobre o corpo, aspectos externos (embrandecimento de cabelos, emagrecimento, postura corporal) e internos (alteração patológica das paredes dos vasos sanguíneos).

O corpo na psicanálise parte de um referencial físico/concreto, alvo dos traumas, e é deslocado para o universo fantasmático, associado ao corpo pulsional, entre o soma e o psíquico, lugar de inscrição de fantasias mas, que é também, lugar do que não se inscreve no psiquismo, algo que permanece como pura intensidade (COUTINHO, 2008).

O corpo que interessa à psicanálise é um corpo vivo, atravessado desde sempre pelo Outro. Um corpo marcado pelo desejo do Outro antes mesmo do nascimento e que depende de seu cuidado e investimento para subsistir biologicamente. É também através do contato com o outro que nosso corpo entra no circuito pulsional, corpo que é, portanto, matriz do inconsciente, corpo narcísico, referido à organização egóica que depende do olhar do outro para se

constituir, é também corpo relacional que recebe as impressões sensoriais, impressões sutis (COUTINHO, 2008).

Consideramos que o estudo da dimensão corporal e afetiva é fundamental para a psicanálise contemporânea, frente ao sofrimento psíquico marcado, principalmente, por processos de clivagem. A dissociação é descrita por sensações angustiantes de sair do próprio corpo, sentimentos de perda de si mesmo ou de ser estrangeiro do próprio corpo. Há pacientes que apresentam uma desafetação generalizada como resposta defensiva ao trauma. Nesses pacientes percebemos que o olhar destoa do discurso, o olhar transmite uma dor contida, cristalizada, difícil de se ter acesso, um olhar pesado que afirma o que é negado por um discurso racional, desprovido de vitalidade, como se o paciente estivesse falando de uma outra pessoa, marcando um distanciamento da própria dor.

Os sentimentos hostis negados, a raiva e o ressentimento silenciados transparecem muitas vezes na pele, pois “o corpo deverá suportar toda a carga tóxica dos elementos dissociados e não metabolizáveis no plano do psiquismo” (FIGUEIREDO, 2008, p.26).

McDougall desenvolve importante escopo teórico a partir da clínica com pacientes somatizantes e salienta que o afeto, ao contrário da idéia, é um conceito limítrofe entre corpo e psique; logo, não pode jamais ser encarado como um fenômeno puramente psíquico. A autora considera que a dimensão afetiva é o que possibilita a integração psicossomática e ressalta que nos estados depressivos e na angústia, a psique tende a esmagar os afetos, restando ao corpo reagir. Esse corpo “abandonado à deriva” como ressalta McDougall (1996), precisa ser escutado.

O eixo de nosso trabalho se constitui a partir das contribuições de teóricos das relações objetais por privilegiarem a influência dos primeiros vínculos afetivos da criança com os objetos primordiais e reconhecerem a importância da fase anterior à linguagem para a constituição da subjetividade.

Destacamos, no entanto, a idéia apresentada por Nasio (2009), um dos representantes da escola francesa, cuja ênfase é na linguagem. O autor encerra o prefácio de seu livro, em que se propõe a interpretar o conceito de imagem inconsciente do corpo de Dolto e de imagem especular de Lacan, de forma a corroborar com as idéias que desenvolvemos no trabalho, ao afirmar que seus pacientes, pela intensidade de sua presença, ensinaram-no que o corpo é o mais seguro revelador do inconsciente e que, a partir disso, o autor adquiriu a

convicção de que o corpo, mais ainda que o sonho, é a via régia que leva ao inconsciente.

2.1

A Dimensão Corporal e Afetiva na Teoria Ferencziana

A partir das contribuições teóricas de Ferenczi destacamos dois enfoques em sua teorização que consideramos fundamentais para nosso trabalho. O primeiro é a dimensão corporal, que diz respeito a linguagem do corpo - desde os gestos mais insignificantes até sintomas corporais. O outro enfoque é a dimensão afetiva, presente no campo transferencial, que inclui a presença do analista nesse campo de forças, sua afetividade. Essas duas dimensões foram prioritárias no desenvolvimento da técnica e da teoria proposta por Ferenczi e têm sido um foco importante para o estudo psicanalítico atualmente, frente aos impasses que surgem no plano teórico e clínico.

Freud, em 1933, lembra o valor das contribuições de seu discípulo ao ressaltar que “certos artigos de Ferenczi fizeram de todos os analistas seus alunos”.

Birman (1996) lembra a crítica de Férenczi à prática da psicanálise naquele contexto histórico. Dizia que a experiência psicanalítica se transformara numa relação professor-aluno. “A Psicanálise, surgida como um saber que pretendia falar da singularidade, se transformara numa prática de doutrinação pedagógica” (BIRMAN, 1996, p. 70).

Entre o reconhecimento de Freud e a crítica de Ferenczi, podemos encontrar uma intersecção fundamental: Ferenczi não aceitou a condição de ser um analista doutrinado por seu mestre (BIRMAN, 1996). E esse talvez tenha sido seu maior ensinamento ou sua maior contribuição à psicanálise, pois é a partir desse lugar que a psicanálise como criação acontece, na qual a experiência clínica possibilite o desenvolvimento teórico, um analista sensível às necessidades de seu paciente e não a adaptação do paciente à teoria¹. É aí, seguramente, que o mestre inovador demonstra seu valor ético: um analista preocupado com o sofrimento de seu paciente; inquieto, saindo do lugar do reconhecimento e do conforto para

¹ Mannoni em seu livro *A Teoria como Ficção* desenvolve importantes contribuições a respeito.

tentar desenvolver a técnica analítica, reconhecendo erros, e agindo em alinhamento com o que sua clínica o convocava.

Em um dos últimos artigos, em que apresenta a ruptura com a clínica psicanalítica que havia até então, cuja base é a regra da abstinência e a associação livre. Propõe uma mudança na técnica, visando maior relaxamento, o que não necessariamente acirra a resistência, mas pode possibilitar, através da atitude flexível por parte do analista, maior contato com a via afetiva e corporal. A referência aqui é a neocatarse. Para Ferenczi a experiência emocional deve ocupar um lugar privilegiado na experiência analítica. Ele está enfatizando que essa dimensão precisava ser retomada, pois muitas vezes havia um distanciamento entre as associação de idéias e as emoções. A preocupação de Ferenczi é ressaltar o aspecto afetivo, pois a emoção dá sentido e, portanto está no centro de toda a vida mental.

A minha posição pessoal no movimento psicanalítico fez da minha pessoa uma coisa intermediária entre aluno e professor, e esta dupla posição autoriza-me e habilita-me, talvez a sublinhar esse gênero de perspectivas unilaterais e, sem renunciar ao que há de bom na novidade, defender uma justa apreciação do que foi confirmado pela experiência (FERENCZI, 1930, p. 54).

Além desse trabalho, em seus outros artigos das *Obras Completas* e no *Diário Clínico* percebe-se nitidamente a visão de Ferenczi da clínica como campo de investigação, tendo por fio condutor para o desenvolvimento da técnica, aquilo que lhe era comunicado por seus pacientes, tanto pela linguagem verbal como pela linguagem corporal, e assim, através de sua escuta sensível pôde acolher a dor, sustentar um lugar e promover mudanças no sentido do desenvolvimento de uma terapêutica. Ferenczi não buscou nos filósofos a base para seu desenvolvimento teórico, mas na escuta do sofrimento de seus pacientes, a partir de uma ética, que é, na verdade, a filosofia primeira.

Sua atitude transgressiva frente aos defensores dos “conhecimentos bem estabelecidos” permitiu que a psicanálise não se tornasse um saber cristalizado, desvitalizado. Seu desenvolvimento teórico-clínico apesar de receber duras críticas da comunidade psicanalítica na época influenciou vários psicanalistas, fornecendo fundamentos importantes para a clínica atual.

Para Ferenczi, o fator técnico terapêutico é o núcleo primitivo do processo e o verdadeiro estímulo de todos os avanços importantes da teoria, mas ele

percebia que muitos analistas se aferravam com excessiva rigidez às regras técnicas e eram incapazes de articulá-las com os progressos registrados. Nesse sentido, ressalta a importância da análise pessoal do analista, o que possibilitaria maior flexibilidade e diminuição dessa rigidez, tornando possível a ampliação da teoria psicanalítica no sentido de uma terapêutica.

A afetividade e a dimensão corporal estão presentes em vários artigos de Ferenczi, não somente nos artigos que se referem ao desenvolvimento do psiquismo, mas também nos artigos técnicos, nas observações que faz relativas a sua experiência clínica.

Ferenczi em 1908 faz seu primeiro contato pessoal com Freud e a partir desse ano inicia sua produção teórica que vai até 1933, ano de sua morte. Em 1909 publica *Transferência e Introjeção*, um artigo importante que já anuncia seu estilo.

Inicialmente apresenta algumas considerações a respeito da transferência, já descritas anteriormente por Freud que vão lhe ajudar no desenvolvimento do conceito de introjeção. Ressalta que transferência é um mecanismo psíquico que se manifesta em todas as circunstâncias da vida dos neuróticos. A análise desperta a reedição de protótipos infantis, de desejos inconscientes dirigidos a objetos outrora importantes, substituídos pelo analista que atua como um catalisador desses sentimentos reforçados por afetos inconscientes.

Na análise os pensamentos e sentimentos condenados pela moral podem ser “desenterrados” do inconsciente, no sentido inverso do processo de recalque e vividos sem culpa, sentimentos de inveja, de ciúme e de ódio podem ressurgir, podem ser admitidos e reconhecidos.

O recalque ou recalque surge quando um complexo de representações (pensamentos, imagens, recordações) se torna incompatível com a consciência do ego civilizado, o prazer se converte em desprazer, ocorrendo a retirada da libido. Os neuróticos têm a tendência a produzir sintomas na tentativa de evitar o desprazer, ou seja, de escapar de certos complexos penosos de representações que são recalcados, a ansiedade restante precisa ser apaziguada. Esses afetos podem se converter em sintoma orgânico no caso da histeria ou numa idéia de caráter compulsivo, na neurose obsessiva. Nesse sentido, o sintoma, para Freud e Ferenczi, corresponde a uma tentativa feita pelo paciente de curar-se, é uma tentativa de neutralização, mas há sempre um resto de excitação que ocasiona essa

tendência dos neuróticos para a transferência. Na esquizofrenia há a retirada do interesse no mundo externo e na paranóia há a tentativa de fazer o mesmo, mas como não consegue, o paranóico rechaça seu interesse no mundo externo, projetando seus desejos e tendências no outro.

Ferenczi lembra que o neurótico tem a tendência de buscar objetos de identificação, de se interessar pelo entorno, introjetar aspectos dos objetos e externar seu amor e ódio pelos mesmos. A tendência geral dos neuróticos de dilatar o ego é o oposto da tendência do paranóico, que contrai seu ego. Tanto uma tendência como a outra são ampliações de processos psíquicos também encontrados no homem “normal” (FERENCZI, 1909).

Introjeção é um conceito fundamental na teoria ferencziana, pois corresponde ao primeiro modo de funcionamento do aparelho psíquico, além de ser um processo que está na própria base da transferência. O processo introjetivo é a base para as relações objetais. Essa conceitualização proposta por Ferenczi indica sua notável compreensão da importância das relações objetais para o desenvolvimento do psiquismo da criança.

No início, o recém-nascido experimenta os estímulos externos, as sensações internas e processos psíquicos de forma indiferenciada, aos poucos vai percebendo que não tem domínio sobre tudo e começa a distinguir o percebido objetivo do vivido subjetivo. Nesse momento uma operação projetiva primitiva se efetua na tentativa de expulsar os afetos desagradáveis, mas nem tudo é possível de ser retirado. O ego reabsorve parte do mundo externo e através do processo introjetivo primitivo ocorre uma ampliação da vida psíquica, seja através de forma imaginária (representações e significações), como também através das sensações de prazer ou desprazer corporais.

Ainda nesse artigo, ao fazer referência à situação analítica, Ferenczi descreve o processo introjetivo, salientando que o “afeto flutuante, que ameaça a quietude da alma, será atenuado, curado pelo paciente, por um lado, graças a processos orgânicos, motores ou sensitivos-sensoriais, e por outro, por meio de idéias ‘supervalorizadas’ ou obsessivas, enfim, mediante introjeções”. (FERENCZI, 1909, p. 89).

A dimensão intensivo-corporal no processo transferencial recebe destaque na concepção ferencziana. “Ferenczi é levado a considerar o fato de que as representações, assim como as sensações e emoções corporais, são uma reedição

das transferências de afetos, amor e medo, ligadas aos objetos parentais da primeira infância” (BOKANOWSKY, 2000, p. 49).

No processo de constituição do ego, a criança através das trocas com os objetos parentais introjeta o jogo pulsional – amor e ódio que estão presentes também na relação transferencial. Introjeção corresponde, portanto, ao processo de investimento de todo e qualquer objeto, ou seja, para Ferenczi o mecanismo dinâmico de qualquer amor objetual e de qualquer transferência sobre um objeto corresponde a uma ampliação do ego, uma introjeção (BOKANOWSKY, 2000).

Em 1913, Ferenczi escreve *O Desenvolvimento do Sentido de Realidade e seus Estágios* que foi, segundo Balint, o primeiro artigo que se escreveu sobre o desenvolvimento do ego. Nesse artigo, Ferenczi apresenta estágios da evolução do ego no sentido de discriminação entre o eu e o mundo, e como se processa a aquisição do sentido de realidade.

A idéia de processualidade vital é o eixo da concepção ferencziana, pressupõe oscilação no sentido do crescimento e adaptação à realidade do mundo externo. Ferenczi postula que o sentido de realidade é adquirido a partir da atitude do ambiente no sentido de reconhecer a ilusão de onipotência da criança, o que significa o atendimento de suas necessidades. A aquisição do sentido de realidade depende, portanto, da disposição afetiva do ambiente em preservar uma parcela de ilusão de onipotência. Essas noções são também elaboradas posteriormente por Winnicott, que ao descrever o desenvolvimento emocional da criança, também enfatiza a importância do ambiente no reconhecimento da onipotência do bebê. A noção de paradoxo também está presente em suas proposições teóricas.

Além do enfoque dado por Ferenczi à dimensão relacional, ressaltamos a ênfase à corporeidade nesse artigo. A criança, no processo de discriminação entre ela e o outro ou entre ela e o mundo, percebe que pode utilizar seu corpo como meio de comunicação, através dos gestos e movimentos que realiza recebe do ambiente uma resposta. As vivências corporais estão na base do processo de reconhecimento do mundo externo.

A objetivação do mundo externo não desfaz os vínculos entre o eu e o não-eu. Nesse sentido, ressaltamos a importância dada por Ferenczi aos elos afetivos nessa troca intensivo-corporal com o ambiente. A tentativa de comunicação da criança precisa ser acolhida pelo entorno. O ambiente tem importância

fundamental nesse processo de reconhecimento da realidade, ou seja, o sentido de realidade é compartilhado a partir de uma base afetiva e corporal.

As idéias elaboradas no texto de 1913 são retomadas em 1926 em *O Problema da Afirmção do Desprazer*, agora à luz do artigo de Freud de 1925, *A Negativa*. Nesse artigo de 1926, Ferenczi salienta que toda a capacidade de pensamento simbólico se baseia nas experiências afetivas, “lembranças que representam em si mesmas uma soma de impressões sensíveis, portanto, em última análise, reações psíquicas a estímulos variados e de intensidade diversa”. Ferenczi diz que o ato de pensamento mais simples tem por base um número infinito de operações matemáticas inconscientes, os traços mnêmicos (FERENCZI, 1926b, p. 403).

Os traços mnêmicos se constituem a partir das experiências sensoriais, marcas que vão se formando no psiquismo através das sensações de prazer e desprazer que se estabelecem nas trocas com os objetos parentais, com o ambiente. Todo o processo de pensamento, por mais simples que seja, tem por base um número infundável de operações, chamadas por Ferenczi de operações matemáticas, pois compara esse processo ao trabalho efetuado por uma máquina de calcular, em que só temos acesso ao resultado que chega à consciência. Os traços mnêmicos efetuam esse trabalho que permanece inconsciente, devido ao recalque. Lembrar, julgar, escolher, pensar, ou seja, toda a atividade psíquica parte desses elementos fundamentais que representam em si mesmos uma soma de impressões sensíveis, respostas a estímulos variados e de diferentes intensidades (FERENCZI, 1926b).

Conforme a concepção freudiana, as vivências dos primeiros anos da infância estariam de direito inscritas, mas devido ao recalque não são lembradas. Os traços mnêmicos são inscritos segundo tipos de associações por simultaneidade, causalidade e, a evocação das lembranças depende da forma como são investidas, desinvestidas ou contra-investidas. No âmbito da evocação, uma lembrança pode ser reatualizada num determinado contexto associativo. (LAPLANCHE, 1995).

As questões relativas ao afeto e ao corpo estão presentes também nos artigos clínicos. Nesse sentido, a prioridade para Ferenczi era o aspecto terapêutico. Em *Perspectivas da Psicanálise* (1924) desenvolve uma crítica ao excesso de teoria que poderia levar a uma rigidez e ao afastamento do fator

técnico-terapêutico. Essa preocupação foi também destacada em *O Princípio do Relaxamento e Neocatarse (1930)*, e outros artigos em que discute o problema da técnica analítica. Considera que a análise descritiva dos sintomas, o enfoque nas associações do paciente ou o fanatismo da interpretação são técnicas defeituosas que conduzem a esquematização e mantêm o processo analítico estéril no plano terapêutico. “A técnica da interpretação é unicamente um dos meios para se conhecer o estado psíquico inconsciente do paciente e não o objeto ou o objetivo principal da análise” (FERENCZI, 1924, p. 229).

Ferenczi lidava em sua clínica com questões muito sensíveis e ele percebia que o método interpretativo também não gerava o efeito necessário. Ressalta que o principal é a situação analítica do paciente como um todo, o foco não deveria ser em um detalhe, um símbolo, que inclusive muda sua significação para o paciente ao longo do processo. Há outros detalhes que também estão presentes e precisam ser considerados na situação analítica:

São tantas as coisas na análise que dependem de pequenos detalhes, de fatos aparentemente anódinos, como a entonação, os gestos, a mímica; tantas coisas dependem de uma interpolação bem sucedida, de um encadeamento significativo, do sentido adotado pelas falas do paciente à luz do seu comentário inconsciente com a ajuda de nossa interpretação (FERENCZI, 1924, p. 229).

A escuta analítica não compreende apenas a linguagem verbal, mas toda gama de gestos e atitudes, impressões presentes na situação analítica. Ferenczi acreditava que o excesso de teoria levaria os analistas a negligenciar o fator dinâmico, presente na transferência. Não considerar essa perspectiva na análise, não considerar a dimensão afetiva e corporal corresponderia não agir no plano terapêutico e esse sim deveria ser o objetivo principal no trabalho analítico.

Os elos afetivos ajudam na coesão somato-psíquica. A afetividade é o que permite a integração do psicossoma. A concepção de Ferenczi a respeito do corpo e do psiquismo corresponde a uma visão monista, pois “quando o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar” (FERENCZI, 1932, p.37).

A situação traumática impossibilita o psiquismo de dar sentido, o psiquismo entra em colapso e pela relação imanente entre o mental e o corporal, ou seja, somato-psíquica, o corpo, que é a dimensão material do psíquico tenta reagir ao trauma.

Os quadros de ansiedade ilustram bem essa situação, em que a respiração, os batimentos cardíacos ficam acelerados, o equilíbrio do psicossoma entra em colapso pelo excesso da experiência. O corpo acolhe o que não tem representação psíquica. Ferenczi vê o corpo como espaço de expressão da dinâmica do funcionamento psíquico. Para Ferenczi e Winnicott o psíquico é somático, ou seja, psicossoma.

Na introdução das *Obras Completas*, Dupont lembra que a técnica ativa desenvolvida por Ferenczi visava à atividade do paciente nos momentos em que a estagnação ocorresse no processo analítico. O analista, frente à falta de associações e paralização no processo, fazia injunções ou proibições incitando uma reação no paciente.

Em *Contra-indicações da Técnica Ativa*, artigo de 1926, Ferenczi apresenta críticas a respeito do método. A idéia de Ferenczi era a de que através de injunções e proibições, através das intervenções no corpo, o paciente apresentaria uma maior atividade frente às mobilizações causadas pela técnica. Nesse sentido, a técnica ativa visava provocar efeitos psíquicos, buscava mobilizar o psiquismo, em momentos de estagnação na análise. Esse método experimental foi abandonado por Ferenczi posteriormente, pois constata que a técnica perturbava muitas vezes a transferência e intensificava a resistência do paciente.

Com o abandono da técnica ativa, novas orientações e proposições técnicas são desenvolvidas no sentido de uma maior flexibilização, frente ao que sua clínica indicava. Dessa forma, desenvolve a teoria e conceitos relacionados ao trauma psíquico.

Ferenczi enfatiza que, na análise, os sentimentos positivos da transferência fornecem condições, *a posteriori*, de elaboração do trauma, que na época não foi possível, pois o contra-investimento não pôde constituir-se.

A questão traumática, tema abordado por Ferenczi, principalmente nos seus últimos trabalhos é central para o desenvolvimento da técnica. No entanto, o desamparo para Ferenczi não é constitutivo como na perspectiva freudiana. Mezan (1996) lembra que para Ferenczi nem sempre a criança é traumatizada. O desamparo é resultado da ausência de suporte por parte do ambiente. Winnicott segue a mesma perspectiva de Ferenczi. Com relação aos efeitos de desintegração

no psicossoma da criança, Ferenczi indica em uma nota de 25 de março de 1932, em seu *Diário Clínico* que:

Se o trauma afeta o psiquismo ou o corpo sem preparação, ou seja, sem contra-investimento, então age sobre o corpo e o espírito de um modo destrutivo, quer dizer, perturbador, por fragmentação. Falta a força que mantinha juntos os fragmentos e os elementos separados. Fragmentos de órgão, elementos de órgão, fragmentos e elementos psíquicos são dissociados. No plano corporal, trata-se realmente da anarquia dos órgãos, partes de órgão e elementos de órgão, quando a colaboração recíproca é a única que torna possível o verdadeiro funcionamento global, ou seja, a vida (FERENCZI, 1932, p 105).

Propõe uma nova concepção da teoria do traumatismo. O traumatismo é precoce e se constitui em dois tempos. No primeiro tempo, os movimentos passionais do adulto (linguagem da paixão) com relação à criança (linguagem da ternura) e no segundo tempo, as negações destes mesmos adultos, principalmente com relação ao sofrimento da criança, tendo como conseqüência um obstáculo em sua autonomia de pensar, de sentir. A introjeção do sentimento inconsciente de culpa do adulto altera o objeto de amor e o converte em objeto de ódio. Essa concepção do trauma é desenvolvida, principalmente em *Confusão de língua entre os adultos e a criança* (1933).

Nas proposições ferenczianas a respeito do traumatismo há um evento precoce e real, seguido por desmentido de adultos que são próximos e importantes para a criança. Esse desmentido torna o trauma patogênico. Dessa forma, há uma quebra nos elos significativos que produziam sentido até então para a criança. Elos que a ligavam ao mundo construídos através da confiança depositada no adulto se rompem. Há, portanto, a perda do sentido, do significado da experiência, a perda do vínculo de confiança, há a perda da esperança. O processo introjetivo é substituído pela incorporação do adulto invasivo. Ferenczi ressalta o fator exógeno e modificador do psiquismo da criança que se molda em função da introjeção do sentimento de culpa do adulto.

Nesse sentido, Ferenczi considerava que os analistas ao privilegiarem essencialmente a organização fantasística e o conflito intrapsíquico, subestimaram e mesmo negligenciaram a importância das experiências traumáticas reais de toda a primeira infância (BOKANOWSKY, 2000).

Se o desmentido é o que torna o trauma patogênico, podemos pensar se a insistência por parte do analista em só escutar até onde sua concepção teórica o

permite não o levaria através de suas intervenções ou interpretações a desmentir também seu paciente. A elasticidade da técnica, a adaptação da psicanálise ao paciente é que pode possibilitar mudanças positivas.

A concepção de traumático, para Ferenczi, não se restringe ao traumatismo sexual, pois considera patogênico também a repressão fantasística por uma educação rígida, severa demais que impede que a criança disponha livremente de suas fantasias e de sua potência psíquica.

A clínica ferencziana, constituída em grande parte por pacientes graves, apontava para a necessidade de elaboração na análise de vivências traumáticas através da regressão terapêutica. Freud considerou tal perspectiva “uma ameaça de desvio, de conseqüências imprevisíveis” (DUPONT, 1993, p. VIII).

Balint, que foi discípulo e analisando de Ferenczi, desenvolve em seu livro *A Falha Básica* uma análise das divergências entre Freud e Ferenczi a esse respeito. Nesse livro apresenta sua compreensão dos processos terapêuticos e formas da regressão na situação analítica, ampliando a concepção proposta por Ferenczi.

A descarga afetiva na situação analítica, o que Ferenczi chama de uma “catarse fracionada”, é muito importante para o processo de elaboração. O analista dirige sua atenção para a reação presente na situação analítica. A situação analítica compreendida como espaço/tempo de elaboração através da vivência afetiva (intensivo-corporal) e de trabalho interpretativo a partir da experiência vivida. A interpretação não decorre de troca verbal, mas de vivência afetiva compartilhada. Esse é um ponto fundamental para Ferenczi e a partir dessa proposição, critica a análise clássica, pois “era possível ser “analisado”, durante muito, muito tempo sem se chegar à história infantil arcaica cuja reconstrução é necessária para que se possa qualificar um tratamento de verdadeira análise” (FERENCZI, 1924, p. 230).

A dimensão corporal e afetiva ganha cada vez mais importância, mas a ênfase não está somente no corpo e nos afetos do paciente, mas também no corpo e nos afetos do analista. O eixo da contratransferência ganha destaque. Enquanto que para Freud a contratransferência é considerada ponto-cego, para Ferenczi tudo o que o paciente provoca em termos de emoções e afetos é indício do que precisa ser trabalhado. Ferenczi desenvolve a noção de tato psicológico, que é a capacidade do analista de sentir como seu analisando se sente e poder, a partir daí agir de acordo com o ritmo de seu paciente, ficar em silêncio ou não, comunicar

algo ou aguardar outras associações. Considerar a necessidade do paciente e não se deixar levar pelos seus próprios sentimentos.

A necessidade de o analista desenvolver constantemente um trabalho interno, uma autocrítica frente às reações no analisando movidas por questões do analista são mencionadas por Ferenczi.

Além disso, a última parte de sua obra compreende de pesquisa técnica visando uma atitude mais terna e tolerante por parte do analista, representada por uma posição materna. Nesse contexto, no qual o foco passa a ser cada vez mais a elaboração de uma vivência traumática, a dimensão afetiva ganha importância cada vez maior.

A elasticidade da técnica, a postura de benevolência do analista propostas por Ferenczi não correspondem ao analista ceder sem resistência. Não se trata de o analista sair de um pólo claramente criticável de exercício de poder para o pólo oposto e perder o rumo do processo. A proposta de Ferenczi condiz com outra lógica. A análise do analista lhe dá condições de manter, isto sim, uma atitude flexível no sentido de possibilitar que seu analisando seja ele mesmo, sua dinâmica possa estar cada vez mais presente no processo e, a partir daí, poder ser trabalhada na análise.

O objetivo para Ferenczi é de que o paciente possa cada vez mais estar ativo no processo. A atividade do paciente é que é importante, mas cabe ao analista a atitude paciente de esperar pelo movimento do analisando em direção a uma maior atividade quando se sentir à vontade para fazê-lo:

A opinião que sustentei desde o começo, a saber, que era sempre o paciente, e jamais o médico, quem podia ser “ativo”, levou-me finalmente à constatação de que nos devemos contentar em interpretar as tendências para agir, escondidas do paciente, a fim de apoiar as débeis tentativas de superar as inibições neuróticas que ainda subsistem, sem insistir inicialmente na aplicação de medidas coercitivas, nem mesmo sob a forma de conselhos (FERENCZI, 1928, p.33).

Nesse sentido, salientamos três aspectos apresentados por Ferenczi, que pressupõem uma oscilação perpétua no trabalho analítico entre sentir com, auto-observação e atividade de julgamento. A preocupação é de rigoroso controle do próprio narcisismo por parte do analista para que o espaço analítico seja espaço de elaboração de questões do paciente. A dinâmica da técnica permitirá, segundo

Ferenczi, que esse trabalho de elaboração se efetue na relação sutil entre os fatores qualitativo e quantitativo.

Ferenczi salienta que uma nova compreensão das significações exige a revisão de todo o material precedente e essa revisão tem por base as experiências vividas na situação analítica, no sentido da própria análise se tornar um fragmento da história do paciente. Esse fragmento é marcado por um espaço/tempo, é material vivo e intenso, tem corporeidade própria, significativa, divisor de etapas e vivências. A revisão das fases da análise permite um distanciamento, permite que o analisando, ao longo do processo, possa se observar por uma nova perspectiva. Possa ele mesmo se interpretar, a motilidade livre da libido permite maior flexibilidade, autoconhecimento e distribuição da energia de forma mais equilibrada.

Princípio de Relaxamento e Neocatarse (1930) é um importante artigo que marca a ruptura com a clínica psicanalítica que havia até então e com a técnica ativa, já que a mesma tinha como base o princípio de abstinência. Neste artigo, apresenta uma retrospectiva histórica, fala do método catártico, da relação intensamente emocional, de tipo hipnótico-sugestiva, que existia entre o médico e o paciente, substituída pelas associações, um processo essencialmente intelectual. Dois extremos que Ferenczi quer evitar:

deveriam existir meios de tornar perceptível ao paciente a nossa atitude amistosamente benevolente (*freundlich wohlwollende*) durante a análise, sem abandonar por isso a análise do material transferencial nem, é claro, cair no erro daqueles que tratam o neurótico com uma severidade ou um amor fingidos, e não de acordo com o modo analítico, ou seja, com uma total sinceridade (FERENCZI, 1930, p. 60).

A ênfase proposta por Ferenczi no relaxamento se baseava em sua experiência com pacientes que, a partir desse princípio da técnica, puderam aprofundar muito mais na análise e maior flexibilidade foi conquistada pelo paciente. Ferenczi quer ressaltar que a atitude benevolente por parte do analista, possibilitaria o desenvolvimento da confiança, enquanto que a atitude distante, severa ou o amor fingido estariam remetendo o paciente à defesas relacionadas ao trauma. Os pacientes apresentavam uma atitude obstinada e fixa como defesa à atitude reservada e fria do analista, o que resultava apenas em aumento do sofrimento do paciente.

Reconhece que a causa do fracasso ou momentos de estagnação na análise poderiam estar relacionados à dificuldade do método ou da atitude do analista em não reconhecer particularidades do processo de determinado paciente. Há momentos na análise em que a associação livre corresponde a uma seleção muito consciente de pensamentos, o que não corresponde ao necessário surgimento de um modo espontâneo, no qual impressões, tendências e emoções possam ser elaboradas.

Ferenczi propõe a neocatarse. O material mnêmico descoberto pela neocatarse volta a dar ênfase ao fator traumático original e à importância do ambiente em detrimento do que seria exclusivamente pulsional. Reconhece que o relaxamento somado à atmosfera de confiança e ao sentimento de total liberdade ajudavam que sintomas histéricos corporais (símbolos mnêmicos corporais) surgissem, possibilitando um aprofundamento da investigação analítica. As construções na análise ou as reconstruções do passado aderiam muito mais ao sentimento de realidade e objetividade. Alguns fragmentos do passado eram revividos com grande intensidade. Ferenczi ressalta a diferença entre o método de neocatarse que propõe e o método catártico da psicanálise inicial, mas fica nítido para ele que uma análise não pode ser considerada concluída sem se chegar ao material mnêmico traumático. Considera que os sintomas histéricos, obsessivos e as formações fantasísticas decorrem de conflitos reais com o mundo exterior. O efeito de choque decorrente de vivências traumáticas produz desvios no desenvolvimento psíquico.

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 frequência do próprio traumatismo patogênico. Verificou-se que o traumatismo é muito menos freqüentemente a conseqüência de uma hipersensibilidade constitucional das crianças, que podem reagir de um modo neurótico até mesmo a doses de desprazer banais e inevitáveis, do que de um tratamento verdadeiramente inadequado, até cruel (FERENCZI, 1930, p. 64).

O desenvolvimento neocatártico possibilitou reflexão a respeito de uma clivagem psicótica de parte da personalidade decorrente de um primeiro choque, uma ruptura com a realidade no processo de recalçamento primário, estágio do desenvolvimento em que a capacidade de simbolização não é possível ainda e os registros são basicamente corporais. Alguns autores, como McDougall (1983)

fazem referência a essa clivagem inicial que estaria presente na estruturação do psiquismo.

A atitude do analista é fundamental para a rememoração e o estabelecimento de contraste e não repetição da situação infantil. Ferenczi ressalta que a dupla atitude de frustração e *laisser-faire* é o que permite esse contraste e que é fundamental o controle da contratransferência. O excesso de presença, o excesso de ternura por parte do analista tanto no atendimento de crianças como em adultos, implica em repetição. A atitude necessária para mudanças efetivas implica em preservar o interjogo sutil entre presença e ausência.

O reconhecimento pelo analista de que quem sabe mais sobre o paciente é o próprio paciente, fruto de trabalho de investigação da própria contratransferência do analista, permite que a confiança se estabeleça e propicia que o paciente mantenha-se ativo em seu investimento no processo analítico.

O manejo na análise, algo que será muito trabalhado posteriormente por Winnicott, é desenvolvido também em *Análises de Crianças com Adultos* (1931). O trabalho analítico é verdadeiramente efetivo se ao invés de agir o analisando rememora, mas ainda no caso do material ser atuado, possa ser rememorado e receber um sentido no processo analítico. É esse o objetivo do princípio de relaxamento proposto por Ferenczi.

3

O Campo do Sensível – Corpo, Sensorialidade e Afetividade nas Primeiras Relações Objetais

A sensorialidade e a afetividade presentes nas trocas entre a mãe e seu bebê são fundamentais para a constituição do psiquismo. O enfoque que procuramos desenvolver corresponde à concepção da experiência corporal, sensorial como a base para a atividade de pensar. Alguns autores contribuem nesse sentido, como Aulagnier, Anzieu e outros.

Freud, em 1923, assinala que o ego é, antes de tudo, um ego corporal, é a projeção mental da superfície do corpo e que “deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo” (FREUD, 1923, p.39).

Partindo da premissa de que o corpo é a base, é palco por assim dizer, espaço na qual o psiquismo se constitui, podemos refletir à luz das contribuições desses autores algumas questões que são importantes para nosso estudo.

Piera Aulagnier, que desenvolveu importante constructo teórico a partir da clínica da psicose, nos dá subsídios para pensarmos a respeito do originário, que se constitui a partir da experiência do nascimento. Aulagnier (1979), no entanto, sugere um deslocamento ao considerar a situação inaugural da experiência de prazer que é vivida no encontro boca-seio como o momento inicial do processo originário. “É sobre o vetor sensorial que se apóia o pulsional” (AULAGNIER, 1979, p. 50). A partir dessa experiência que tem por base a economia prazer-desprazer, que a textura própria de uma representação se inicia: o pictograma.

A autora compreende a atividade psíquica como equivalente ao trabalho de metabolização da atividade orgânica, assim ela a define: “metabolização é a função pela qual um elemento heterogêneo à estrutura celular é rejeitado ou, ao contrário, transformado num material que se torna a ela homogêneo” (AULAGNIER, 1979, p. 27).

Segundo Aulagnier, as sensações corporais, como tocar, ouvir, são o substrato da vida psíquica. O pictograma é uma imagem como estabelecimento de um esquema relacional, cuja primeira condição de representabilidade do encontro se dá no corpo, mais precisamente, na atividade sensorial, que através do encontro

com o objeto exterior recebe estimulação. No originário, esse encontro é auto-encontro, as experiências de prazer ou desprazer formam representações que são auto-referentes e indizíveis.

O psiquismo se constitui a partir dessas experiências sensoriais. A noção de eu-pele desenvolvida por Anzieu (1988) nos ajuda também na compreensão do processo de constituição psíquica, na qual a pele é um órgão corporal com múltiplas funções. A pele além de oferecer proteção a nossa individualidade é o primeiro instrumento e lugar de troca com o outro. Segundo Anzieu:

o infans adquire a percepção da pele como superfície através das experiências de contato com o corpo da mãe e no quadro de uma relação de apego com ela tranquilizadora. Ele assim chega não apenas à noção de um limite entre o exterior e um interior, mas também à confiança necessária para o controle progressivo dos orifícios, já que não pode se sentir tranqüilo quanto ao seu funcionamento a não ser que possua, por outro lado, um sentimento de base que lhe garanta a integridade de seu envelope corporal (ANZIEU, 1988, p. 43).

A concepção desenvolvida por Anzieu (1988) de pele como envelope do corpo, envelope que limita, contém e protege em analogia a uma estruturação do Eu que corresponde a uma representação de que se serve o Eu da criança, durante fases precoces de seu desenvolvimento para representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos a partir de sua experiência da superfície do corpo. “O Eu, em seu estado originário, corresponde então na obra de Freud ao que propus chamar de Eu-pele” (ANZIEU, 1988, p. 95).

A superfície do corpo, mais precisamente a pele, através da experiência tátil, fornece uma percepção “externa” e, ao mesmo tempo, percepção “interna”. Anzieu lembra que “Freud faz alusão ao fato de que eu sinto o objeto que toca minha pele ao mesmo tempo em que sinto minha pele tocada pelo objeto” (ANZIEU, 1988, p.96). Essa bipolaridade tátil impulsiona a exploração de seu corpo e novas descobertas e possibilidades através do tato. O bebê vive através da exploração de seu corpo, a experiência reflexiva, de ser sujeito e objeto, tocar e ser tocado por ele mesmo.

A relação mãe-bebê possibilita o desenvolvimento de um sentimento de base pelo qual o eu da criança pode se constituir. Quando a mãe está atenta às necessidades do bebê, procura atendê-las, produz um sentimento de tranqüilidade que proporciona um envelope de bem estar, narcisicamente investido, suporte de

ilusão. O sentimento de base se constitui através da confiança que se estabelece na relação mãe-bebê. Nesse sentido Anzieu ressalta que:

a superfície do conjunto de seu corpo com o de sua mãe pode proporcionar ao bebê experiências tão importantes, por sua qualidade emocional, por sua estimulação da confiança, do prazer e do pensamento, quanto às experiências ligadas à sucção e à excreção (Freud) ou à presença fantasmática de objetos internos representando os produtos do funcionamento e dos artifícios (M. Klein) (ANZIEU, 1988, p. 43).

Anzieu está enfatizando a importância da qualidade emocional do vínculo que alimenta, nutre o psiquismo do bebê, tal como proposto por Bowlby na noção de apego, ou seja, a necessidade de apego corporal do bebê à mãe, o contato com a mãe, o calor de sua pele, o aconchego de seu colo, a proximidade. Essa experiência de ser amparado, protegido que acontece concomitante com os cuidados e com a amamentação conduzem a criança progressivamente a uma experiência de superfície e volume de externo e interno. Essa experiência coincide com o *holding* e o *handling*, desenvolvidos por Winnicott.

Anzieu (1988) considera também que a experiência sensorial – os prazeres de pele do bebê constituem em primeiro lugar uma estimulação que a criança recebe através dos gestos maternos, mas é também uma comunicação. A mãe passa mensagens para o bebê através da forma como o cuida. O “conteúdo” dessa comunicação pode ser estruturante por atender às necessidades do infans. Por outro lado, quando há excitação fortemente libidinizada pela mãe nos cuidados corporais, o psiquismo da criança recebe uma carga excessiva de estimulação que pode corresponder a uma sedução traumática.

Anzieu chama a atenção para o fato de que a ausência desse objeto-suporte causa a sensação de um vazio interior, sensação de preenchimento do corpo com substâncias mais líquidas do que sólidas (ANZIEU, 1988, p. 112).

Ferenczi nos ajuda na compreensão da constituição psíquica a partir da dimensão corporal, ao fazer referência a “mnemos orgânicos-psíquicos”, o que entendemos como uma memória corporal, formada por uma série de impressões sutis que estão nas raízes da constituição psíquica, marcas de uma história que se inicia no corpo, que se constitui a partir da relação com o outro (FERENCZI, 1932, p.271).

Para Ferenczi essa relação se estabelece muito antes do nascimento. Ferenczi (1913) descreve com clareza a fase intra-uterina como período de onipotência incondicional, na qual todas as necessidades da criança, no caso de uma gestação normal, são plenamente atendidas “refiro-me ao período da vida passado no corpo da mãe, para o ser nascente mal existe ‘um mundo externo’; todos os seus desejos de proteção, de calor e de alimento estão assegurados pela mãe” (FERENCZI, 1913, p. 42).

A criança ao nascer já reconhece a voz da mãe, as batidas do seu coração percebidas durante a vida fetal. Essa “capacidade inata de reconhecer, de buscar a estimulação sensorial” (STERN, 1992, p. 37) ajuda os bebês na percepção de uma continuidade na ligação com sua mãe, apesar da ruptura do nascimento. Enfatizamos a importância da experiência de continuidade também reconhecida por Winnicott em sua concepção teórica e os efeitos para o psiquismo quando a separação não se dá de forma gradativa.

A manutenção do ritmo e do contato corporal, frente a uma possível ameaça de destruir a ilusão de indistinção, traz alívio para o bebê, que se recompõe, segundo McDougall (1987). Corroborando com essa idéia, Winnicott faz referência a importância do modo da mãe segurar e embalar seu bebê, “embalar é uma garantia contra a despersonalização, ou rompimento da combinação psicossomática” (WINNICOTT, 1996, p. 89).

McDougall lembra que “as estruturas psíquicas mais precoces da criança articulam-se em torno de significantes não-verbais nos quais as funções corporais e as zonas erógenas desempenham papel preponderante” (McDOUGALL, 2000, p.10).

Sabemos também a importância da forma, os modos prosódicos, como os pais falam ao bebê. A criança se atém ao ritmo, ao tom de voz, à forma da comunicação. Além disso, o rosto da mãe como protótipo do espelho, pois “no rosto dela, o bebê vê a si próprio”, (WINNICOTT, 1996, p. 89).

A sensorialidade e a afetividade constituem a base integradora do eu corporal, que depende do outro para se constituir. Podemos associar essa idéia ao eixo teórico desenvolvido por Tustin (1975, 1984), autora de reconhecida obra sobre o autismo infantil, que também considera as sensações corporais como a base do psiquismo. O início de vida é marcado pelo predomínio de sensações, que constituem a matéria bruta dos processos mentais. Segundo Tustin, o bebê não

percebe a existência de um mundo externo, “mas vive-o da mesma forma que os órgãos, processos e zonas de seu corpo” (TUSTIN, 1972, p. 9). Segundo a autora, através desses processos (reconhecer, classificar, criar objetos), a criança constrói uma representação interna da realidade aceita pelos outros e toma consciência de si própria.

Dolto (2008) apesar de ser uma autora da tradição francesa e privilegiar a linguagem, corrobora com essa idéia ao afirmar que nosso corpo é marcado pela memória de experiências vividas no início da vida, experiências arcaicas muito intensas que ficam registradas através de nossa memória olfativa, tátil, auditiva, gustativa, visual, além de percepções sutis, captadas através de sensações corporais. O conceito de imagem inconsciente do corpo, desenvolvido por Dolto, aponta uma representação das sensações corporais vividas na infância precoce, vividas através das trocas entre a mãe e seu bebê.

Em todas essas abordagens fica clara a importância do ambiente para a constituição psíquica. Referimo-nos à importância do cuidado materno, a mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1960b), que permite que a criança se desenvolva como um ser separado dela, constituindo-se como alguém com características próprias, com desejos próprios. A base para essa constituição é o cuidado que é diferente da noção de perfeição. Cuidado que pressupõe falhas, mas que elas sejam reparadas num tempo suportável para o bebê. Sabemos o efeito danoso para o psiquismo do excesso de presença e de ausência. No entanto, fica claro o quanto a presença física, psíquica e afetiva da mãe no início do desenvolvimento emocional do bebê é importante. A mãe precisa se identificar com seu bebê para poder reconhecer suas necessidades, entrar em sintonia afetiva com seu bebê e, gradativamente, num processo natural estar menos presente fisicamente pela própria ampliação dos contatos sociais da criança. Ela estará presente mesmo na ausência física, pela internalização que a criança traz nela dessa mãe ou, melhor dizendo, da experiência de se sentir amada.

No originário, as sensações são difusas, intensas e precisam de organização dada pela adaptação da mãe ao ritmo da criança. A mãe precisa estar disponível emocionalmente para que a interação entre ela e seu bebê aconteça. Da mesma forma a mãe precisa do apoio do resto da família, em especial do pai da criança, para que ela possa dar atenção e cuidados necessários ao bebê. O ambiente precisa se adaptar às necessidades do bebê (FERENCZI, 1928;

WINNICOTT, 1963b). Quando o ambiente não se adapta às necessidades do bebê, quando a mãe não consegue desenvolver uma boa interação com seu filho, as rupturas se dão de maneira muito abrupta ou precocemente, o psiquismo pode sofrer conseqüências sérias como no autismo.

3.1

O Objeto Primário e sua Função de Cuidado

“O lactente existe tão somente por causa do cuidado materno, junto com o qual ele forma uma unidade” (Winnicott, 1960a, p.42).

Segundo Winnicott (1960b), qualquer estudo da infância deve ser dividido em duas partes – a primeira corresponde ao desenvolvimento do bebê facilitado por cuidado materno suficientemente bom e a segunda parte ao desenvolvimento que é distorcido pelo cuidado materno que não é suficientemente bom.

Essa distinção demarca a concepção winnicottiana do papel fundamental do ambiente, a mãe suficientemente boa, na constituição do psiquismo, no desenvolvimento emocional da criança, concepção baseada não somente na sua experiência clínica como pediatra, mas principalmente como psicanalista.

A visão de Winnicott, a respeito da fase de dependência absoluta, é desenvolvida não tanto a partir de observação direta dos lactentes, mas seu trabalho é resultante de estudo da transferência e de fenômenos contratransferenciais no atendimento a pacientes *borderline*, cuja etiologia, segundo Winnicott, envolve uma distorção do tempo da dependência absoluta.

A fase de dependência absoluta corresponde ao estágio inicial de desenvolvimento emocional da criança na qual o lactente está em um estado de fusão com a mãe, seu ego ainda não está totalmente integrado e precisa do ego auxiliar da mãe. A mãe dá sustentação física e emocional ao seu bebê.

Segundo Winnicott (1960), o potencial herdado inclui a tendência no sentido do crescimento e do desenvolvimento que, no entanto, depende fundamentalmente do ambiente.

Balint (1993), com a noção de amor primário ressalta a importância da ligação com o objeto nesse período inicial de vida e, portanto, a importância da

permanência dos cuidados e da consistência da presença do objeto primário para a integração do ego.

A dependência nessa fase é tal que Balint (1993) sugere como modelo para a compreensão, o fato da total dependência biológica do feto (oxigênio, alimento, proteção). O autor lembra que o não suprimento dessas necessidades corresponde a uma ameaça para a vida fetal. Balint (1993) caracteriza essa ligação do feto com o entorno como uma indiferenciação, pois não há objetos, já que não há limites nítidos. O que há é uma interpenetração – uma “mescla harmoniosa” que é alterada pelo nascimento, que força a uma nova forma de adaptação, o início de uma separação entre o indivíduo e o entorno.

A concepção de Balint nos ajuda a compreender o enfoque dado por Winnicott à noção da mãe suficientemente boa, que é aquela capaz de “satisfazer as necessidades do nenê no início, e satisfazê-las tão bem que a criança na saída da matriz do relacionamento mãe-filho, é capaz de ter uma breve experiência de onipotência” (WINNICOTT, 1962, p. 56).

No estado de indiferenciação inicial mãe-bebê, as falhas maternas e as reações a elas não resultam em frustrações como assim seriam em fases posteriores, quando o ego já está mais organizado, mas correspondem a angústias inomináveis, sensações de aniquilamento e desintegração, justamente pela retirada de força dada ao ego do lactente pela mãe, que nesse caso deixa de complementar as expressões de onipotência do lactente.

A experiência de onipotência permite que o lactente crie e recrie o objeto, o lactente “cria o que está ao seu redor esperando para ser encontrado” (WINNICOTT, 1963a, p. 164). “O paradoxo é que o que é bom ou mau no ambiente do lactente não é de fato uma projeção, mas a despeito disso é necessário, para o lactente se desenvolver sadiamente, que tudo lhe pareça sê-lo” (WINNICOTT, 1960a, p. 39).

A idéia do cuidado materno suficientemente bom, amplamente citada ao longo da teoria winnicottiana parece simples, clara, mas na verdade, é complexa e o que nos interessa destacar são as sutilezas, as diferenças, que Winnicott (1960a) ressalta com relação à função de cuidado no desenvolvimento emocional do bebê como também com relação a função de cuidado do analista na relação com o analisando.

O objeto primário e sua função de cuidado são determinantes para o psiquismo do bebê. O desenvolvimento da capacidade da mãe de se identificar com seu bebê, ou seja, o desenvolvimento de uma percepção muito sensível às necessidades daquele bebê em particular - a preocupação materna primária. Aqui fica claro o valor dado na teoria winnicottiana ao reconhecimento da alteridade, da singularidade e da especificidade de cada um e de cada relação em particular.

Isso significa que a mãe, através de sua identificação com seu bebê, pode captar suas necessidades e pode atendê-las. Winnicott (1960a) lembra que a provisão ambiental é consistente, mas não mecanicamente consistente. A consistência é consequência da empatia materna, da disponibilidade emocional da mãe na atenção e cuidado. Além disso, lembra que essa empatia que a mãe pode desenvolver com relação ao seu bebê não depende do fato da mãe ser alguém experiente ou que tenha lido e estudado sobre cuidados com recém-nascidos, mas pelo contrário, que ela possa estar voltada em seu psiquismo para acolher as demandas daquele bebê em particular. A dependência inicial é um fato. A compreensão sensível da mãe com relação às necessidades do seu bebê a torna capaz de atender ao ritmo do lactente, sejam necessidades do corpo (ritmo de fome, de sono), ou conforme aponta Winnicott:

Uma necessidade muito sutil que só o contato humano pode satisfazer. Talvez o bebê precise deixar-se envolver pelo ritmo respiratório da mãe, ou mesmo ouvir e sentir o cheiro da mãe ou do pai, ou talvez ele precise ouvir sons que lhe transmitam a vivacidade e a vida que há no meio ambiente, ou cores e movimentos, de tal forma que o bebê não seja deixado a sós com os seus próprios recursos, quando ainda muito jovem e imaturo para assumir plena responsabilidade pela vida (WINNICOTT, 1996, p. 75-76).

Winnicott (1996) está destacando a importância da dimensão sensorial e afetiva para a constituição do psiquismo. Os estímulos sensoriais que são emanados pelo ambiente chegam até o bebê, seja através de sons, toques, imagens, cheiros.

O bebê percebe e registra esses estímulos que vão marcando seu psiquismo através de múltiplas combinações possíveis entre os estímulos que chegam e as percepções que vão se formando e se multiplicando. Esses estímulos causam prazer ou desprazer. Essas marcas vão se constituindo dentro de um espaço-tempo psíquico, pois vão marcando dentro de uma sincronia e uma diacronia, espaço

como superfície projetada e tempo histórico que forma uma memória, que é antes de tudo uma memória corporal.

As vivências propiciadas pelo contato do bebê com o ambiente vão resultando em operações mentais que se sofisticam e se tornam cada vez mais complexas através da observação, comparação, conciliação e outros processos mentais.

Winnicott (1960a) ressalta também que os bebês estão sujeitos a angústias terríveis e precisam do contato físico, da proximidade com a mãe e, ainda que tenha sentido tais ansiedades, o ambiente veio a dar o necessário amparo, que representa, para o psicossoma do bebê, contorno e sustentação. Esse cuidado transforma o que poderia se constituir em perda de esperança em segurança, ou uma experiência negativa em uma experiência positiva de integração, o que ficará registrado em sua memória que é possível confiar no ambiente e a esperança passa a ser uma realidade. Essa vivência é possível quando o cuidado tem consistência e constância.

A interação entre mãe-bebê vai se processando desde antes do nascimento através das mudanças corporais que a gestação produz preparando o psicossoma materno para os primeiros tempos da chegada do bebê. Winnicott (1960a) lembra que as mudanças fisiológicas sensibilizam a mulher para as mudanças psicológicas mais sutis que ocorrem. O psiquismo da futura mãe se volta para as mudanças que vão ocorrendo em seu corpo, fica mais atenta às mudanças internas também, priorizando e focando cada vez mais, ao longo da gestação ao que se relaciona com o bebê que ela carrega. Preocupa-se com seu desenvolvimento, volta sua atenção ao bebê que vai nascer. Os primeiros tempos após o nascimento são marcados pela identificação da mãe com o seu bebê, o que lhe dá condições de estar em sintonia com o ritmo das necessidades do mesmo:

O importante, no meu ponto de vista, é que a mãe através de sua identificação com o lactente sabe como o lactente se sente, de modo que é capaz de prover quase exatamente o que o lactente necessita em termos de *holding* e provisão do ambiente em geral. Sem tal identificação acho que ela não seria capaz de prover o que o lactente necessita no começo, que é uma adaptação viva às necessidades do lactente (WINNICOTT, 1960a, p. 52).

O cuidado que o lactente recebe de sua mãe possibilita o desenvolvimento de uma existência pessoal, processo gradual do sentimento de pertencimento e de

continuidade de ser. Toda essa experiência fundamental para a constituição psíquica se efetua principalmente através das trocas corporais, dos gestos entre a mãe e seu bebê. O modo como a mãe o acalenta, o modo como ela o segura, os modos prosódicos de comunicação, a forma como a amamentação se processa correspondem a elementos fundamentais desse quadro maior que é a interação mãe-bebê.

A mãe que não é suficientemente boa, não é capaz de satisfazer o gesto do lactente, pelo contrário, impõe seu gesto, restando somente a submissão por parte do lactente. Esse é o estágio inicial do *falso self*. Paradoxalmente, o lactente que pode viver a experiência de onipotência pode gradualmente renunciar a onipotência e aceitar a realidade externa.

Se na fase de dependência absoluta, a mãe consegue se manter em sintonia afetiva com seu bebê, consegue, conseqüentemente, reconhecer e acolher suas necessidades, consegue se dispor a atender as necessidades dentro de um tempo suportável de espera para o bebê. É fundamental, para que isso ocorra, o apoio do pai, que dá suporte à mãe, suporte afetivo, principalmente.

O *holding* materno é fundamental para a constituição da imagem corporal, seus contornos e limites e para a formação de um lugar psíquico, para o nascimento psicológico que vai se efetuando a partir dessa fusão inicial mãe-bebê.

Como lembra Cintra (2003), as noções de tempo e espaço e a criação do espaço potencial são efeitos diretos do *holding* materno. A autora lembra ainda que o *holding* é importante em todas as etapas da vida e que:

O espaço potencial corresponde à idéia de um espaço não-espacial, isto é, constantemente se temporalizando. É a idéia de um espaço “em devir” que dá lugar às múltiplas subjetivações necessárias ao nascimento psíquico. A criação do espaço potencial é matriz de toda a brincadeira de – faz-de conta e de todo pensamento metafórico, estabelecendo o elo criativo entre realidade psíquica e realidade exterior (CINTRA, 2003, p. 39).

Uma concepção semelhante é desenvolvida por Peixoto Júnior (2003) que ao enfatizar a importância das qualidades afetivas, tanto no setting analítico como nas fases primitivas de constituição subjetiva, argumenta que existiria um tipo de transferência produtiva em análise que não passaria pelo viés da resistência, mas corresponderia a uma necessidade vital relativa aos cuidados:

As qualidades afetivas que cercam tais condições estendem-se no tempo e no espaço, criando uma possibilidade de ilusão, não necessariamente simbolizável, à medida que não precisa ser transposta ou questionada. Isto porque a ilusão torna-se ela própria o espaço no qual o registro simbólico pode emergir (PEIXOTO JÚNIOR, 2003, p. 225).

O autor se refere à criação do espaço transferencial na análise, como espaço da regressão, do *holding* que possibilitaria o desenvolvimento da capacidade de se iludir, experiência talvez nunca vivida pelo paciente. A possibilidade de ilusão construída no ambiente de continuidade afetiva, constância e segurança propiciariam as condições para que o registro simbólico pudesse se desenvolver. Nesse caso, o terapeuta estaria exercendo a função de objeto primário.

É importante que se ressalte a noção de processo gradativo tanto no dinamismo do desenvolvimento de constituição psíquica, como no dinamismo no processo de subjetivação na análise.

Winnicott lembra a sutileza do cuidado materno, ressalta que após o estado fusional, a mãe começa a mudar sua atitude, pois começa a perceber que “o lactente não mais espera existir a condição em que há quase uma compreensão mágica de suas necessidades” (WINNICOTT, 1960a, p.50).

O reconhecimento pela mãe dessa capacidade que o bebê vai desenvolvendo é fundamental para sua saúde psíquica. A mãe reconhece o bebê como separado dela, sua alteridade e se dispõe a tentar compreender os sinais que seu filho lhe transmite. A relação objetal é possível então.

Winnicott (1960) relaciona essa fase de dependência absoluta à vivência de pacientes *borderline* na transferência, cuja situação adaptativa ao ego é essencial. A dependência do paciente ao analista é semelhante à dependência do bebê a sua mãe. A consistência da situação é uma experiência primária. Para Winnicott, quando um analista está trabalhando com pacientes esquizóides, as interpretações que visem ao insight são menos importantes, pois não se trata de algo a ser recordado ou revivido na técnica do analista. Winnicott (1960) lembra que há riscos consideráveis e o paciente teme que não consiga reconhecer essa necessidade, suportar sua intensidade. Há o medo do desamparo, do aniquilamento, da perda total da esperança, da própria vivência do trauma desestruturante. Além disso, considera que esses pacientes precisam que o analista

saiba e lhes diga o que temem e resume sua percepção relativa à contratransferência: “juntos acrescentamos a explicação de que é a própria onipotência e onisciência do paciente que o analista deve assumir” (WINNICOTT, 1963b, p. 214).

O *holding* decorre da forma de transmitir, no momento adequado, sentimentos, que o próprio paciente não consegue transmitir. A revelação de que o analista o compreende e acolhe sua ansiedade tem efeito de amparo e sustentação ajuda na integração. O *holding* físico, por vezes é necessário, nos diz Winnicott (1960), mas decorre do fato de que houve demora por parte do analista em compreender o que precisaria ser verbalizado.

Podemos concluir a partir dessas contribuições que a consistência da posição do analista se dá na sustentação de uma presença que seja ao mesmo tempo “implicada e reservada”, ou seja o analista precisa estar presente, mantendo espaço vazio para que o analisando preencha esse espaço a seu modo como lugar garantido na qual poderão se instalar os “jogos transferenciais e contratransferenciais e as demais modalidades e dimensões da relação terapêutica indispensáveis para que a análise progrida e propicie transformações”(FIGUEIREDO, 2008b, p. 112).

Dessa forma, assim como a mãe no início oferece através de sua disponibilidade emocional todo o cuidado necessário para evitar que seu bebê, ainda vulnerável, seja perturbado por vivências que não tem condições de lidar e aos poucos vai oferecendo espaço para que a criança entre em contato com essas situações, mantendo um interjogo entre presença e ausência, no processo analítico essa condição precisa ser vivida também. O cuidado é oferecido e sua dimensão dinâmica é reconhecida, o que pressupõe certa instabilidade dentro de um equilíbrio. Esse caráter dinâmico é o que garante espaço de criação. Há aspectos traumáticos dessas relações intensas que são estruturantes e, portanto, necessários para o processo de subjetivação.

3.2

A Experiência de Comunicação na Relação Mãe-Bebê

“O self verdadeiro não se torna uma realidade viva exceto como resultado do êxito repetido da mãe em responder ao gesto espontâneo ou alucinação sensorial do lactente” (WINNICOTT, 1960b, p.133).

O tema da comunicação nos interessa em primeiro lugar por ser intrínseco ao que é humano, principalmente a necessidade de troca seja através de gestos, de palavras, de olhares e também da interação afetiva que pode se estabelecer nessa comunicação.

Ao descrever uma série de fenômenos relativos à experiência de comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê, Winnicott (1996) sugere que a comunicação é uma questão de reciprocidade na experiência física. Lembra a importância do contato físico, do envolver-se com o ritmo respiratório da mãe ou mesmo do contato corporal que permita que o bebê ouça, sinta os batimentos cardíacos de sua mãe. A vivência do bebê de ser acalentado no colo que assegura a experiência de unidade, dois corpos num mesmo ritmo, dois corpos em um, representa uma experiência corporal e afetiva que é a base para a integração psicossomática.

As experiências iniciais entre a mãe e seu bebê permeadas por sensações e afetos constitui a base para o “diálogo” que vai se estabelecendo entre os dois. De certa forma, as trocas que se efetuam na vida intra-uterina através do alimento e oxigênio que circulam pelo cordão umbilical, como também os sons compartilhados, além da voz materna formam uma base para a interação que vai se desenvolver após o nascimento.

Stern (1992) lembra que um recém-nascido traz consigo capacidades inatas, tais como “a percepção amodal, que permite tomar a informação recebida em uma modalidade sensorial e traduzi-la para outra modalidade sensorial” O bebê nasce com um sistema visuomotor que está maduro em muitos aspectos, é capaz de reconhecer o som da voz da mãe, assim como seu cheiro (STERN, 1992, p. 45).

Segundo este autor, o bebê, desde que nasce, é capaz de formar e influenciar representações abstratas das qualidades da percepção. “Essas representações abstratas que o bebê experiência não são visões e sons e toques e

objetos nomeáveis, mas ao contrário, formas, intensidades e padrões temporais” (STERN, 1992, p. 45).

O bebê registra o modo, o ritmo, pela qual a interação se desenvolve. O bebê vive e armazena as experiências que o encontro com o seio materno proporciona. Esse encontro marca não somente o início da alimentação, mas o início da relação objetal.

A comunicação e a capacidade de se comunicar, como sugere Winnicott (1963a), estão intimamente ligadas às relações objetais e este é um ponto bastante complexo no processo de maturação. Complexo porque dependente de uma série de fatores, principalmente do ambiente. Nesse sentido, Mc Dougall (1983) ressalta que a comunicação só pode ser considerada como tal, na medida em que esses sinais sejam compreendidos por um Outro.

O bebê emite comunicações, fala, ainda que sem palavras, e precisa que a mãe reconheça e atenda as suas necessidades. É a mãe, nos revela Winnicott (1996) que transforma as necessidades infinitamente sutis do bebê em comunicação. A sensibilidade da mãe exacerbada nessa condição temporária em que ela é tanto o bebê quanto ela própria, permite que o elo entre o bebê e o mundo externo seja possível. A mãe consegue identificar e traduzir a necessidade do bebê em uma experiência reconhecível.

O ambiente é de grande importância para que o bebê sobreviva às complexidades das fases iniciais do desenvolvimento, ou seja, precisa de um adulto que assuma a sua vulnerabilidade. O bebê não precisa apenas da presença física da mãe, mas de sua presença psíquica e emocional.

Quando a mãe vem ao encontro de uma necessidade do bebê, de alimentação, por exemplo, ela não está somente alimentando seu filho, mas está também respondendo a um pedido, a uma comunicação que parte dele e é correspondida. A mãe completa o elo de comunicação atendendo à necessidade de seu filho, nutre corporal e afetivamente seu bebê.

Winnicott (1996) está se referindo a experiência inicial de *ser* que é possível a partir da capacidade da mãe de se identificar com o seu bebê e poder proporcionar através do atendimento de suas necessidades uma vivência de tranquilidade, momentos calmos em que o bebê se identifica com a mãe. Essa vivência, que é menos uma realização do bebê, mas algo proporcionado pela mãe permite que a experiência de integração seja um fato.

A amamentação, o modo como a mãe segura seu bebê e a troca que se estabelece através do contato corporal e do olhar são possibilidades de comunicação. Winnicott faz referência a importância do olhar da mãe como espelho da criança. Ela se vê a partir da forma como a mãe a olha. Segundo Winnicott (1975), quando o bebê olha para mãe e o que frequentemente vê é o reflexo do próprio humor dela há consequências para o psiquismo. O *infans* passa a querer prever e fica atento às reações da mãe como se tivesse algum domínio sobre elas. É a tentativa da criança de cuidar do adulto e a culpabilização por seu fracasso (FERENCZI, 1933). Nesse caso, o que se observa não é uma troca significativa, que se movimenta em dois sentidos, mas é o investimento da criança no objeto sem retorno como auto-enriquecimento.

Winnicott aponta para outro aspecto da comunicação entre a mãe e seu bebê que se constrói através da experiência de adaptação às necessidades do bebê. Quando esse processo se dá de forma satisfatória, o efeito dessa experiência é a comunicação de que a mãe é confiável, a experiência de segurança e de se sentir amado. Winnicott, ao descrever esse conjunto de fenômenos, lembra que também numa análise o mais importante não é o conteúdo das interpretações, mas a atitude, a forma como a comunicação se dá.

Temos necessidade de que nossas percepções *façam sentido* para o outro, e isso engloba não só o fato do significado ser percebido, mas que o outro se incline na tentativa de compreendê-las, dando importância, através de um sentido criado a dois, numa “cumplicidade divertida” (DOLTO, 1999). Fazer sentido para o outro significa que o que foi percebido recebeu uma amarração afetiva, e isto engloba não só a palavra, mas principalmente o gesto.

A comunicação que se estabelece entre a mãe e seu bebê não têm por base a verbalização, mas seu gesto (WINNICOTT, 1996). O bebê não tem conhecimento da comunicação, a língua não tem importância, pois o que o bebê registra são os efeitos de confiabilidade. O que marca seu psiquismo é a tonalidade, o ritmo, a forma como a mãe o segura, seu olhar, seu toque, ou seja, a capacidade da mãe de ir ao encontro das necessidades em constante modificação. No livro *Os Bebês e suas Mães*, Winnicott salienta o seguinte:

À medida que prossegue o desenvolvimento e o bebê adquire um interior e um exterior, a confiabilidade do meio ambiente passa então a ser uma crença, uma intuição baseada na *experiência de confiabilidade* (humana, e não mecanicamente perfeita).

Não é verdade que a mãe comunicou-se com seu bebê? Ela disse: ‘Sou confiável - não por ser uma máquina, mas porque sei do que você está precisando; além disso, me preocupo, e quero providenciar as coisas de que você deseja. Isto é o que chamo de amor neste estágio do seu desenvolvimento’.

Este tipo de comunicação é, porém, silenciosa. O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade; é algo que se registra no decorrer do desenvolvimento. O bebê não tem conhecimento da comunicação, a não ser a partir dos efeitos da *falta* de confiabilidade. É aqui que se dá a diferença entre perfeição mecânica e amor humano (WINNICOTT, 1996, p. 87).

Winnicott está ressaltando a importância da experiência, da vivência de confiabilidade que se dá através do ato. O bebê registra a partir de um ritmo entre experiências positivas e falhas, ou seja, prazer e desprazer decorridos dessas trocas com o ambiente. Essas experiências vão aos poucos o constituindo, na medida em que possibilitam a distinção entre eu e não-eu, entre interior e exterior.

O autor chama a atenção para o fato de que essa comunicação é silenciosa, a palavra, seu conteúdo não tem importância nesse momento, mas sim a forma, a tonalidade e o ritmo dessa comunicação. As experiências sensoriais que possibilitam que o simbólico se constitua. O sentido das coisas que são apresentadas pelo ambiente vai se constituindo para o bebê na relação, em primeiro lugar através dos sentidos: o tato, a visão, o paladar, a audição e o olfato, pois as experiências corporais que possibilitam a simbolicidade relacional, como afirmou Dolto (1999), ou seja, permitem que o simbólico ou a capacidade de representar se constitua.

A mãe devotada comum é suficientemente boa e, nesse caso, suas falhas serão superadas pela capacidade de atividade mental que o bebê vai adquirindo, pois “o que libera a mãe de ser quase perfeita é a compreensão do bebê” (WINNICOTT, (1949), p.335), desde que sua experiência de *continuidade de ser* não seja interrompida, ou dizendo de outro modo, que seu psicossoma não seja ameaçado por uma vivência traumática.

Uma das raízes da mente é o funcionamento variável do psicossoma, nos diz Winnicott (1949), ressaltando que a oscilação decorrente de uma eventual falha desenvolve a capacidade do bebê de suportar a falha relativa. A capacidade do bebê de se adaptar e suportar essas oscilações decorre de um processo

gradativo que se inicia com a adaptação do ambiente às suas necessidades e não o inverso, pois, do contrário, transforma-se em uma intrusão pela qual o recém formado psicossoma terá de reagir, defendendo-se. Esse tema também foi enfatizado por Ferenczi em seus artigos *A Adaptação da Família à Criança* (1928), *A Criança Mal Acolhida e sua Pulsão de Morte* (1929) e *Análise de Crianças com Adultos* (1931).

Sabemos que o enfoque da teoria winnicottiana incide na idéia de processo, portanto, a capacidade para tolerar frustrações que a realidade impõe, decorre dessa vivência anterior de onipotência sustentada pelo ambiente. Essa função materna essencial possibilita à mãe pressentir as expectativas e necessidades mais precoces do seu bebê. É por causa dessa identificação com o bebê que ela sabe como protegê-lo, de modo que ele comece por existir e não por reagir, o que significa estar em sintonia afetiva com seu bebê, sentir como ele se sente. (WINNICOTT, 1960; FERENCZI, 1928).

Por outro lado, Winnicott salienta a importância nesse processo gradativo do desenvolvimento do lactente do aspecto frustrante do comportamento do objeto para a percepção de um mundo que é não-eu. “As falhas na adaptação são proveitosas quando o lactente pode odiar o objeto, isto é, quando pode reter a idéia do objeto como potencialmente satisfatório ao mesmo tempo em que reconhece essa sua falha em assim proceder” (WINNICOTT, 1963a, p. 165).

Ao descrever a comunicação entre o bebê e a mãe, Winnicott (1996) fala de uma dicotomia fundamental em que a mãe pode retroceder a formas de experiência infantil, mas para o bebê é impossível apresentar a sofisticação característica de um adulto. Da mesma forma, podemos pensar a relação analítica, onde o analista possa entrar em sintonia afetiva com seu analisando, *sentir com*, como lembra Ferenczi, adaptando-se às suas necessidades, ajudando-o a dar sentido para o que não pôde ainda ser verbalizado.

Por outro lado, o analista não transmite a seu analisando somente o que é verbalizado, mas seu corpo também comunica. As trocas afetivas se dão num nível intenso e sutil, de tal forma que se tornam o que de mais verdadeiro possa se apresentar e, portanto, o discurso só ganha valor de verdade se estiver consoante com o afeto experienciado.

A trama significativa estabelecida entre a mãe e seu bebê através de interações cotidianas, momento a momento, constituem o “contexto evocativo presente”, segundo Stern:

As memórias ou fragmentos memoriais armazenados da mãe também incluem ambos os lados de sua interação com a própria mãe quando ela era pequena: as partes que ela experienciou diretamente como bebê, enquanto interagia com a mãe, e as partes da experiência da mãe de interagir com ela que ela experienciou empaticamente (através da imitação e identificação primária) (STERN, 1997, p.170).

Esse contexto evocativo é inteiramente novo para a mãe, como lembra Stern. No entanto, as memórias evocadas fazem parte de um vivido afetivo dessa mãe, tais memórias agem principalmente num nível pré-consciente e surgem na consciência em momentos de cuidados rotineiros com seu bebê, surgem espontaneamente cantigas, brincadeiras que a mãe executa pela primeira vez com seu bebê, mas que, na verdade, já havia vivenciado com sua mãe há muito tempo. Há, portanto, uma ativação de uma memória afetiva, o resgate de uma experiência intergeracional. Desta forma, um elo se reaviva entre a mãe do bebê e sua própria mãe, através da imitação e da identificação primária. Esse contexto evocativo é, ao mesmo tempo, presente (aqui e agora) na relação com seu bebê e é também vivência afetiva de um passado evocado.

Nesse sentido, Winnicott (1996) diz que a experiência de ter sido um bebê está em alguma parte de seu ser, a experiência de dependência absoluta à aquisição de alguma autonomia, ou momentos em que adoeceu e precisou regredir a um comportamento de bebê, bem como a própria experiência de brincar de ser mãe ou pai ou ainda de observar alguém cuidando de um bebê. Tudo o que foi observado e principalmente vivido dará indícios para que a mãe crie sua própria concepção do que é certo ou errado no lidar com os bebês.

Winnicott (1996), ressalta que a base de todas as teorias sobre o desenvolvimento da personalidade humana é a continuidade e que “nada daquilo que fez parte da experiência de um indivíduo pode jamais vir a perder-se para este indivíduo, mesmo que, por força de causas complexas e variadas, viesse a tornar-se (como de fato se torna) inalcançável à consciência” (WINNICOTT, 1996, p. 79).

Golse (2003) lembra que o bebê induz, ao mesmo tempo, tanto um grande desejo de nos ocuparmos dele, um movimento em sua direção, como o medo de nos ocuparmos dele, movimento de retração ou defesa, pois nos ocuparmos do bebê é aceitar sermos tocados no nível de nossas partes mais profundas. Ao lidarmos com o bebê estamos lidando com nossas experiências primitivas de desamparo.

Além de Golse, também Lebovici (1987) fala da capacidade que as crianças muito cedo têm de provocar respostas maternas. Os bebês sabem obrigar as mães a tomá-las no colo, a requisitar sua atenção e, por conseqüência, a atender a alguma necessidade. Tanto a fome, como o sono ou mesmo a doença aumentam os choros e se a mãe se dispõe a atendê-lo, dentro de um tempo suportável para o bebê, como enfatiza Winnicott (1975), ela está estabelecendo um elo de interação com seu filho, construindo um elo em co-autoria com seu bebê, mas o movimento da criança em direção à mãe precisa ser atendido e correspondido. Apesar da co-construção relacional, existe uma assimetria fundamental na dupla mãe-bebê. A mãe precisa ser capaz de reconhecer os sinais que expressam a subjetividade de seu bebê, entrar numa sintonia afetiva com seu bebê para poder acolher suas necessidades. Não se trata, no entanto, de proteção ou zelo somente, mas o reconhecimento da própria alteridade de seu bebê.

O desenvolvimento emocional da criança depende da criação de elos na comunicação com as figuras parentais ou com seus cuidadores. Esses elos se formam através de sentidos vivenciados, compartilhados, trocados num diálogo nem sempre de palavras, mas de intensidades, de troca afetiva, principalmente.

Segundo Winnicott (1996) e Stern (1997), a mãe passa por um período de reorganização psíquica para poder desenvolver sua capacidade de se identificar com seu bebê – entrar em sintonia afetiva e poder reconhecer suas necessidades. O reconhecimento das necessidades é possível quando a mãe pode entrar em contato com sua própria experiência infantil. As vivências afetivas da infância inicial da mãe ficam registradas em seu psiquismo e estão presentes em sua relação com seu filho através de gestos espontâneos, tom de voz, a maneira como ela o segura, seu ritmo, sua capacidade de interagir e de se comunicar com seu filho, ou seja, sua disponibilidade emocional para acolhê-lo e sustentar a relação com ele. Desta forma, podemos concluir que a capacidade de imitação e identificação primária desenvolvida pela mãe na relação com sua mãe, como

afirma Stern, depende da sua vivência afetiva num período inicial de vida, impressões sensíveis marcadas em seu psiquismo. A mãe assume a vulnerabilidade de seu bebê e pode “retroceder a formas de experiência infantil” (WINNICOTT, 1996).

Nasio (2009) nos ajuda a pensar a respeito dessa capacidade da mãe de entrar em sintonia com seu bebê, pois segundo o autor, nosso corpo atual é, em sua essência, idêntico ao corpo que sentíamos bebês. Ele afirma:

Nossos dois corpos – o da criança e o do adulto – vibram no mesmo ritmo, como se as sensações mais primitivas escapassem à corrosão do tempo e mantivessem intacto o frescor de seu primeiro despertar (NASIO, 2009, p.25).

O bebê vive uma experiência inicial de unidade com sua mãe, não há distinção entre ego e o meio ambiente, o interior e o exterior, nem distinção entre coisas boas e más. Ferenczi também parte da premissa de indistinção inicial. A dependência absoluta do bebê com o meio ambiente – sua mãe, vai aos poucos se tornando relativa até uma maior autonomia ser conquistada. A respeito dessa fase inicial da vida, em que não há distinção entre eu e não-eu, Winnicott nos diz o seguinte:

No contexto especial dos relacionamentos iniciais, o comportamento do meio ambiente faz parte do bebê da mesma forma que o comportamento de seus impulsos hereditários para a integração, para a autonomia e a relação com objetos, e para uma integração psicossomática satisfatória (WINNICOTT, 1996, p.80).

Esse período inicial de dependência absoluta é também marcado pela experiência de onipotência, que se for bem acolhida, proporcionará a integração psicossomática. O princípio do prazer é o que predomina e a adaptação ao princípio de realidade se dá gradativamente num processo que leva tempo. Winnicott (1983) chama a atenção para o paradoxo existente, em que “o lactente cria o que de fato está ao seu redor esperando para ser encontrado” e o “objeto é criado e não encontrado”. A partir de uma necessidade, o bebê cria o objeto e esse é o objeto bom. A mudança do objeto de “subjetivo” para “percebido objetivamente” se dá nesse contexto em que houve uma necessidade não satisfeita imediatamente, houve a possibilidade de criação, um espaço entre que possibilitou o desenvolvimento intrapsíquico. A falha ambiental exerceu seu papel positivo.

Aos poucos as falhas da adaptação da mãe vão ocorrendo de acordo, inclusive com a necessidade da criança de reagir às frustrações e de conseguir lidar com as mesmas.

Nesse sentido, Winnicott (1963a) lembra que “a adaptação ao princípio de realidade deriva espontaneamente da experiência da onipotência dentro da área que faz parte do relacionamento com objetos subjetivos” (WINNICOTT, 1963a, p. 164).

Ora, derivar espontaneamente tem o sentido de origem natural, como conseqüência natural da experiência da onipotência. O êxito em sentir que o mundo é real, admitir a realidade, as frustrações, depende de se sentir real no mundo, de ser reconhecido pelo outro. “Não é exagero dizer que a condição de ser é o início de tudo, sem a qual o fazer e o deixar que lhe façam não tem significado” (WINNICOTT, 1996, p. 9).

Na clínica com pacientes regredidos somos também convocados a interagir nesse nível de necessidade e urgência que nos impele a um movimento em sua direção e ao mesmo tempo ao afastamento, frente à sensação de medo, tal a ânsia e voracidade na busca de um outro que a suporte, mas talvez, paradoxalmente, o que sentimos seja a projeção dos medos de nosso paciente frente a nossa aproximação ou o nosso afastamento e as conseqüências da sensação de invasão ou vazio já vividos por ele numa fase muito precoce, o que corresponde ao que Winnicott chamou de angústias inomináveis.

No processo analítico, muitas vezes o paciente vive essa fase de dependência absoluta e aos poucos a dependência vai diminuindo. Essas vivências são necessárias, lembrando aqui a importância da idéia de processo gradativo, ou o ritmo de cada paciente até a possibilidade de recusa do objeto bom. Essa é uma experiência fundamental para o paciente quando ele pode recusar algo do analista, ele mesmo pode fazer criativamente a interpretação.

Há momentos numa análise que o silêncio é a forma mais expressiva encontrada pelo paciente de comunicar a sua necessidade de preservar seu espaço psíquico. “No centro de cada pessoa há um elemento não comunicável” (WINNICOTT, 1963a, p. 170).

O silêncio muitas vezes é momento de elaboração, de metabolização, assim como o sono. O acolhimento do silêncio e dos sentimentos hostis são fundamentais na análise. Há momentos de forte tensão que é imposta ao analista.

O paciente quer comunicar a extensão de seu ódio e ele precisa de ódio para poder odiar, ele precisa de que o analista o odeie e sobreviva como analista à expressão de seu ódio. O sentimentalismo nos diz Winnicott (1947), não tem utilidade nesses casos. Na clínica representaria uma defesa, uma atitude hipócrita por parte do analista num momento em que o fundamental seria uma vivência espontânea, genuína.

Ao lidar com a tendência regressiva, o analista deve se dispor a seguir o processo inconsciente do paciente, tanto na análise de uma neurose ou com pacientes mais regredidos, mas nesse último caso a ênfase do trabalho não é a interpretação e sim o que o autor chama de contexto. Esse contexto se refere à atitude do analista, seu manejo, a maneira como interage com seu analisando (Winnicott, 1955):

O comportamento do analista, representado pelo que chamei de contexto, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver (WINNICOTT, 1955, p.395).

No desenvolvimento emocional primitivo o ambiente, representado principalmente pela mãe suficientemente boa, é fundamental para que o elo de comunicação seja construído e mesmo mantido em fases posteriores. O comportamento do analista, o manejo na análise, ou seja, o contexto, como sugere Winnicott, também pode contribuir para que a comunicação do paciente com o entorno possa ser re-construída e vivenciada de uma forma menos passiva e defensiva. Ressaltamos aqui o que Winnicott considera importante numa análise:

Tudo o que fazemos numa psicanálise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente. Na verdade, podemos de uma forma muito curiosa, alterar o passado do paciente, de tal forma que um paciente, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, pode transformar-se em uma pessoa que tenha tido um ambiente de facilitação suficientemente bom, e cujo desenvolvimento pessoal possa, portanto ter ocorrido, ainda que tardiamente. Quando isso acontece, o analista obtém uma recompensa que vai muito além da simples gratidão, e que é muito semelhante ao que é obtido pelos pais quando uma criança consegue se tornar autônoma. No contexto de um segurar e manipular suficientemente bons, o indivíduo realiza agora, uma parte de seu potencial. De alguma forma fomos capazes de, silenciosamente, transmitir confiabilidade, e o paciente respondeu com o desenvolvimento que, no contexto dos cuidados humanos, poderia ter ocorrido nos estágios mais iniciais (WINNICOTT, 1996, p.91).

A concepção winnicottiana de clínica privilegia o que também foi considerado fundamental por Ferenczi, a força da vitalidade que a dimensão afetiva pode produzir. É algo silencioso, mas que tem o poder de criar marcas profundas, justamente por ajudar a cicatrizar as marcas deixadas pelas vivências traumáticas.

Os pacientes limítrofes nos ensinam a compreender a importância da comunicação entre o par analista e analisando como uma vivência fundamental, reparadora muitas vezes, de momentos vividos na infância precoce em que a dependência era absoluta, mas a comunicação não pôde ser estabelecida, resultando numa experiência de desamparo.

A experiência de comunicar uma necessidade e essa comunicação receber um sentido gera uma mudança significativa na forma de conceber a realidade, gera transformação na relação do eu com o mundo, possibilita que a experiência subjetiva de desejar se torne algo possível, real.

3.3

A Origem da Capacidade de Confiar

Que experiências na infância precoce possibilitam o desenvolvimento da capacidade de confiar? O que é preciso para que a confiança na relação entre analista e analisando se estabeleça?

Essas questões são pertinentes para a reflexão que nos propomos ao longo do trabalho referidas à fase do desenvolvimento emocional primitivo, bem como com relação a um tipo de clínica que se constitua como “espaço da regressão e do *holding*, na qual a confiança no analista torna-se aspecto de notável relevância, não somente para os pacientes que necessitam adquirir estruturas que não se formaram por falha do meio ambiente, mas para fases também da análise de pacientes neuróticos” (PEIXOTO JÚNIOR, 2003, p.224).

O interesse nesse tema se deve a impasses que surgem na clínica que nos parecem extremamente importantes, requerem reflexão permanente e muito tato por parte do analista. Referimo-nos a pacientes que apresentam grande dificuldade de estabelecer um vínculo de confiança, vivem na análise momentos de maior tranquilidade, sentem-se mais à vontade, mas tão logo tomam

consciência de uma nova posição, erguem as defesas como uma verdadeira “armadura”.

Não se trata de dificuldade de estabelecer relações, vínculos com outras pessoas, mas da aparente necessidade de que esses vínculos se mantenham num nível superficial. Apresentam grande dificuldade de criar elos afetivos mais profundos, paradoxalmente vivem um sentimento de profunda solidão. Por detrás dessa máscara de superficialidade, sentem-se abandonados, restando ressentimento e ódio. Apresentam um discurso dissociado do que o corpo expressa. O olhar, muitas vezes, transmite tristeza, ressentimento, mas o discurso é outro. A crescente perda de esperança e sentimento de vazio levam muitas vezes a desenvolver quadros depressivos.

Esses pacientes demonstram a prevalência de uma atenção aguçada a pequenos detalhes, gestos ou atitudes do outro, são extremamente sensíveis e atentos às percepções com relação ao entorno.

As observações clínicas acima descritas nos instigam a buscar a compreensão de impasses vividos na relação transferencial decorrentes da dificuldade de confiar e de poder ter esperança e, para tal, buscamos desenvolver uma articulação entre as teorias de Ferenczi, Balint e Winnicott, autores que privilegiaram a temática da confiança em sua teorização, com algumas idéias desenvolvidas por Figueiredo em dois artigos. O primeiro artigo é *O Paciente sem Esperança e a Recusa da Utopia* (2008 b) e o outro artigo, *A Experiência de Confiar na Clínica e na Cultura* (2009).

No artigo *O Paciente sem Esperança e a Recusa da Utopia*, Figueiredo elabora a tese de que a esperança como princípio, como base estruturante do psiquismo, se desenvolve a partir do encontro com o objeto que vem com sua presença cuidadosa e acolhe o necessário movimento regressivo frente à alguma situação traumática.

A consistência e a continuidade da presença da mãe, no início da vida do bebê, quando a dependência é absoluta, principalmente, permitem que a capacidade de confiar se desenvolva, ou seja, a “crença na confiabilidade” dos objetos, como lembra Figueiredo em *A Experiência de Confiar na Clínica e na Cultura*. Essa base, propiciada pelo movimento empático da mãe que se mostra sensível às necessidades do bebê, permite que a confiança no objeto se desenvolva em oposição à desconfiança básica.

Esses são os principais pontos que pretendemos articular com o pensamento de Balint, Winnicott e Ferenczi.

Em *O Problema do Fim da Análise* (1927) Ferenczi ressalta a importância para o trabalho analítico da eliminação progressiva das resistências sobre a confiabilidade no analista. Nessa observação quanto à confiabilidade no analista, Ferenczi se refere a atitude de “benevolência inabalável em relação ao paciente” como fundamental para que a confiança se estabeleça e lembra que o paciente presta muita atenção a vários detalhes para sentir se pode realmente confiar:

Os pacientes submetem assim a uma observação extremamente perspicaz o modo de reação do médico, quer este se manifeste pela fala, pelo gesto ou pelo silêncio. Analisam-no freqüentemente com muita habilidade. Descobrem os menores sinais de moções inconscientes no analista, que deve suportar essas tentativas de análise com uma paciência inabalável (FERENCZI, 1927, p. 21).

A atitude de “benevolência inabalável em relação ao paciente” é fundamental, pois cria espaço para que a experiência de espontaneidade seja um fato e seja vivenciada sem rupturas, mas com continuidade.

A questão da confiança é retomada em outros artigos como *Elasticidade da Técnica* (1928), *Princípio de Relaxamento e Neocatarse* (1930) e nesses últimos trabalhos fica clara a ênfase no tato psicológico do analista em contraposição às manifestações afetivas extremadas e rígidas encontradas na infância na relação com os pais ou educadores.

Em vários artigos ao longo de sua obra, mas principalmente a partir de 1927, Ferenczi salienta a importância do ambiente para a constituição subjetiva e as conseqüências para o psiquismo das experiências traumáticas, ao mesmo tempo o desenvolvimento de seus artigos técnicos representa uma ruptura com a clínica psicanalítica que havia até então. Balint na introdução das *Obras Completas* de Ferenczi, diz o seguinte:

Para Ferenczi, não havia nenhuma dúvida de que, sendo inevitável a regressão, sobretudo nos pacientes gravemente doentes, a primeira tarefa do analista era favorecer ou, pelo menos, não impedir a regressão do paciente, ou seja, a repetição dos eventos traumáticos na situação analítica. O analista deve suportar o processo e cuidar atentamente de descobrir a tensão máxima que o paciente é capaz de suportar e de utilizar para o seu trabalho; e cuidar também de que a tensão jamais ultrapasse esse nível (BALINT, 1992, XX)

Balint está ressaltando a importância para Ferenczi da atitude cuidadosa do analista e a importância de sua adaptação às necessidades do mesmo, principalmente no atendimento a pacientes mais graves em oposição à “hipocrisia analítica”.

Nesse sentido, Sabourin (1992) lembra que “a hipocrisia analítica vem por vezes dobrar o trauma infantil, confirmando tal sujeito na culpabilidade que o habita, como uma hipnose suplementar que fragmenta sua imagem do corpo e obstrui sua capacidade de escolha” (SABOURIN, 1992, p. XV).

Em *Confusão de Língua entre os Adultos e a Criança* (1932) Ferenczi diz com relação à “hipocrisia analítica” que:

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, 1932, p. 100).

Para Ferenczi (1932), o estabelecimento da confiança na situação analítica, é o que estabelece o contraste entre o passado insuportável e traumatogênico e o presente terapêutico. Esse contraste possibilita espaço na análise para que o passado seja reavivado como lembrança objetiva e não como reprodução alucinatória. A atitude benevolente permite criar condições de confiabilidade para que a regressão à dependência seja possibilitada. O analista evita comparecer com seu saber excessivo, com interpretações que impediriam manifestações mais regressivas, conforme ressalta Kupermann (2008). A vivência de poder se expressar espontaneamente, de se relacionar com tranquilidade talvez seja uma necessidade vital para o paciente.

Winnicott desenvolve em sua teorização enfoques que nos ajudam a refletir sobre essas questões. Com relação à adaptação da mãe às necessidades do bebê Winnicott (1958) lembra que a existência de um objeto bom na realidade psíquica possibilita a confiança quanto ao presente e ao futuro, a esperança como princípio é internalizada. Nesse sentido, Figueiredo (2008) lembra que:

A esperança é uma função erótica básica, pois opera em planos muito profundos e inconscientes do psiquismo, é condição imprescindível ao bom funcionamento do aparelho mental. Além disso, lembra que a esperança como princípio deriva da vivência de que o objeto primário exerceu sua função de cuidado em momentos de necessidade, uma situação traumática recebeu o enfrentamento necessário pelo ambiente, dando contorno e sustentação (FIGUEIREDO, 2008, p. 160).

Para Winnicott (1975), a confiança do bebê na fidedignidade da mãe e, portanto, na de outras pessoas e coisas, torna possível uma separação do não-eu a partir do eu e, paradoxalmente, é o que possibilita a união através do brincar criativo no espaço transicional, assim como o fracasso de confiança no ambiente restringe a capacidade criativa e lúdica e a própria autonomia.

O autor faz referência nesse artigo aos pacientes que demonstram reação terapêutica negativa. Ressalta que essa reação não corresponde a “transferência negativa”- cujos afetos hostis caracterizam a relação. O que é significativo na reação terapêutica negativa nos diz Figueiredo (2008), é que a cura possibilitada pelo processo terapêutico implica, ao mesmo tempo, numa situação de abandono de seus objetos maus, ou seja, melhorar corresponde a abandonar e destruir objetos primários que foram incapazes de se fazer amar.

Dessa forma, o tratamento e seu efeito terapêutico representam um risco pelo aumento da tensão de forças que se opõem. O ódio e o ressentimento sentidos com relação aos objetos que são imprescindíveis se voltam para o próprio sujeito. Melhorar é, portanto, sentir a ameaça dessa perseguição, é viver um estado muitas vezes insuportável de ansiedade. Transmitir a um paciente uma confiabilidade para que ele possa readquirir a esperança num encontro - o encontro analítico - é uma tarefa bastante difícil.

O impasse nessa situação de desesperança, de falta de capacidade de confiar e como lembra Figueiredo (2008) uma espécie de embotamento da sensibilidade ao sofrimento alheio e ao próprio sofrimento pode ser mais bem compreendida através de proposições desenvolvidas por Winnicott.

Em *O Desenvolvimento da Capacidade de se Preocupar* (1963), Winnicott ressalta que a integração egóica se torna possível através da relação com um ambiente suficientemente bom representado principalmente pela figura materna que possibilita através de seu cuidado o desenvolvimento emocional a ponto de que o ego passa a se tornar independente do ego auxiliar da mãe. A tese de Winnicott é que “a preocupação surge na vida do bebê como uma experiência altamente sofisticada ao se unirem na mente do lactente a mãe-objeto e a mãe-ambiente (WINNICOTT, 1963, p. 72).

Segundo Winnicott (1963), a presença viva e disponível da mãe que suportou toda a carga de impulsos do id possibilita o surgimento da tentativa por parte do bebê de fazer reparações. A ansiedade dos impulsos agressivos se torna

tolerável, a culpa pode ser retida, mas não se torna insuportável pelo fato da figura materna permitir a reparação. Quando a culpa se torna intolerável, a preocupação não pode ser sentida.

A adaptação da mãe suficientemente boa possibilita que o lactente comece a acreditar na realidade externa. Esse processo é gradativo, como Ferenczi (1913) já anunciara, se inicia com a vivência de onipotência até o reconhecimento da realidade externa, através das falhas (suportáveis) que levam à frustrações. Em outras palavras é o princípio do prazer dando lugar ao princípio de realidade.

Numa primeira fase, a mãe age de modo a admitir a onipotência do lactente. Nesse processo gradativo, nesse ir e vir, suas falhas possibilitam o desenvolvimento do sentido de realidade. As frustrações levam a reações por parte do lactente. A raiva decorrente não é destrutiva. Winnicott (1971) chama a atenção para a agressividade por parte do bebê desempenhando um papel importante na criação da realidade. Temos aqui um importante momento no interjogo na relação mãe-bebê. A reação da mãe é que definirá as conseqüências da agressividade do bebê. Todo o desenvolvimento prosseguirá no sentido da perda da onipotência e do reconhecimento da realidade externa se a mãe suportar esse movimento do bebê. O acolhimento da agressividade, a sobrevivência da mãe, paradoxalmente, permitem o desenvolvimento do ego.

Nesse ponto do desenvolvimento, nos diz Winnicott, “o sujeito está criando o objeto no sentido de descobrir a própria externalidade e há que acrescentar que essa experiência depende da capacidade do objeto de sobreviver. Sobreviver significa não retaliar.” (WINNICOTT, 1975, p. 127).

Quando a mãe não suporta os ataques, por exemplo, se afasta, se deprime e todas as reações defensivas decorrentes de sua própria fragilidade emocional, não permite o fluxo contínuo da espontaneidade do bebê. Ao bebê não foi permitido o espaço-tempo da reparação. Espaço relacionando à área intermediária, área da criação ou subjetivação a se iniciar como um ser separado, descolado da mãe. Tempo de reparação no sentido de permitir um movimento de vitalidade, o reconhecimento da atividade do bebê pela mãe.

A reação da mãe de se afastar, de se deprimir, faz com que o bebê se aprisione num sentimento de culpa sem fim. O desenvolvimento do ego se organiza em função de defesas de forma a “proteger” a figura materna de sua agressividade. A agressividade no sentido da criação é anulada pela mãe e fica

retida, encapsulada na criança, podendo muitas vezes sofrer uma mutação em sua natureza, ela se volta contra o próprio ego infantil. A criança se culpabiliza pelo que seria um movimento vital importante em seu desenvolvimento e se ocupa da tarefa de proteger a mãe desvitalizada. É importante lembrar as contribuições de Ferenczi (1933) aos efeitos invasivos da experiência traumática ou mesmo a necessidade da criança por sua dependência física e emocional das figuras parentais, de proteger a imagem dos mesmos, se culpabilizando, conforme ressaltou Fairbairn (1980).

Green (1988), ao descrever o “complexo da mãe morta”, revela as conseqüências da depressão materna para o psiquismo da criança. O investimento, o cuidado, o amor anteriormente demonstrado pela mãe, um objeto vivo, fonte de vitalidade é substituído por um ser distante e desvitalizado. A depressão materna pode ser causada pela perda de um ente querido, um filho ou uma decepção, um pai que negligencia a mãe. A diminuição do interesse da mãe pelo seu bebê deixa marcas profundas em seu psiquismo. Houve a quebra da continuidade do investimento de maneira repentina, abrupta. Green compara essa situação a um desastre, um terremoto que transforma uma cidade em ruínas, uma catástrofe não anunciada.

O bebê perde não somente o amor, mas qualquer possibilidade de significar, mais que isso, se estiver numa fase em que descobre a presença do pai, a relação prematuramente intensa com ele o transforma em salvador, ou o pai pode, muitas vezes, não estar disponível, não suportar ter que dar conta da angústia do filho, conforme afirma Green (1988).

O ego do bebê organiza uma série de defesas, dentre elas, a descategorização do objeto. Nesse caso, o ódio não é possível pelo estado aflitivo da mãe, prejudicaria a imagem materna. O que se mantém é um mimetismo com a finalidade de não perder o objeto, que não se tem mais na verdade. Segundo Green (1988), nessa tentativa, a criança torna-se o próprio objeto. A identificação com o objeto permite sua renúncia pela criança e, ao mesmo tempo, mantém sua presença. A energia psíquica da criança não é utilizada para o agir espontâneo, mas sim para o reagir defensivo. No entanto, ainda assim, uma dimensão vital importante de proteção do próprio psiquismo, porém “adaptado” a uma situação que o ambiente lhe impõe.

Green (1988) ressalta o quanto é difícil a clínica com pacientes que tiveram essa vivência e acredita que nesses casos não cabe o trabalho interpretativo, mas que por outro lado “o silêncio só perpetua a transferência do luto em branco para a mãe” (GREEN, 1988, p. 161).

A origem da capacidade de confiar está na vivência de que o ambiente tem consistência, resistência para sobreviver à agressividade e mantém num ritmo contínuo o investimento. A confiança se constrói na sobrevivência do ambiente - a figura materna principalmente. Essas características são percebidas precocemente pelo bebê através do cuidado que recebe. Os registros iniciais ganham sentido ao longo da experiência intersubjetiva. As trocas entre o bebê e a mãe se dão num nível de intensidades, uma atmosfera captada através de impressões sensoriais.

O olfato, a audição, o tato, a visão, ajudam o bebê a captar o que o cerca e ao mesmo tempo a receber um contorno corporal e afetivo através da experiência de continuidade. Essas experiências são integradoras. Dolto (2002) faz referência à importância do olfato para esta experiência de continuidade ao sugerir ao pai de um bebê, cuja mãe estava hospitalizada e, impossibilitada de amamentá-lo, a trazer a camisola da mãe e colocá-la em volta do bebê e só assim ele aceitou ser alimentado.

Winnicott se refere à importância do objeto transicional com sua dupla função de permitir o reconhecimento da realidade não-eu, o mundo externo e a experiência de continuidade. Quando alguém lava o paninho, o bichinho de pelúcia que tem a função de objeto transicional, quebra a experiência de continuidade.

A quebra da continuidade nem sempre é destrutiva, mas somadas sistematicamente, inibem a capacidade da criança de confiar no objeto. Relações assim se constroem numa base frágil, na qual a interação só é possível num nível superficial, artificial. A criança perde sua espontaneidade e se protege dessa situação através de um *falso self*. Balint (1993) faz referência à discrepância entre as necessidades do indivíduo em fases iniciais de seu desenvolvimento e o cuidado e afeição disponíveis, como situações traumáticas de inadequação, inconsistência, indiferença.

Figueiredo (2009) lembra, em seu artigo, as postulações de Balint a respeito dos pacientes da “falha básica” e as modalidades de ambivalência, fobias

e desconfianças decorrentes dessa experiência desestruturante. Por um lado, a reação onofílica corresponde a um apego excessivo ao objeto e qualquer ameaça de separação cria intensa angústia. A reação filobata corresponde ao superinvestimento nas funções do próprio ego e não na relação objetal, pois os objetos são percebidos como perigosos. Segundo Figueiredo (2009), as ansiedades típicas dos pacientes *borderline* e suas oscilações de humor podem ser associadas a essas reações apontadas por Balint.

É muito importante na análise a vivência de que o analista sobreviva ao ódio do paciente e que ele tenha uma existência separada do analista. Alguns pacientes experienciam essa vivência pela primeira vez na vida. Nesses casos, o analista, a técnica analítica e o cenário, todos entram como sobrevivendo ou não aos ataques destrutivos do paciente. Segundo Winnicott (1969), essa atividade constitui a tentativa, empreendida pelo paciente, de colocar o analista fora da área do controle onipotente. Winnicott faz uma importante distinção entre a relação com o objeto e o uso de um objeto:

O estudo do tema do relacionamento constitui um exercício muito mais fácil para analistas do que o exame do uso, de uma vez que o relacionar-se pode ser examinado como fenômeno do sujeito e a psicanálise prefere sempre eliminar todos os fatores ambientais, exceto na medida em que se pode considerar o meio ambiente em termos de mecanismos projetivos (WINNICOTT, 1975, p. 124).

O uso do objeto postulado por Winnicott tem como princípio a dimensão relacional, não depende só do sujeito, mas também do objeto. O uso é conseqüência de um processo na qual o sujeito pode chegar a reconhecer a existência independente do objeto. Para que o sujeito admita essa existência independente, ele precisa ter a vivência de união, mais que isso, ele precisa confiar que o objeto permanecerá ali. Essa experiência é construída na relação, portanto o sujeito depende do ambiente para o desenvolvimento da capacidade de usar o objeto, ou seja, ter a confiança de que o objeto sobrevive ao seu ódio, que sua existência não depende do amor ou do ódio do sujeito.

Winnicott (1975) ressalta que usar o objeto significa poder percebê-lo como entidade externa e não como entidade projetiva. Não se trata de espelhamento, mimetismo, mas poder justamente admiti-lo fora da área do controle onipotente do sujeito. Lembremos da importância atribuída por Winnicott ao analista poder demonstrar seus sentimentos genuínos para o paciente, frente a

alguma atitude agressiva, por exemplo, o que não significa se deixar ser destruído ou fazer retaliações, mas poder ser espontâneo, real.

Por outro lado, Winnicott (1975) considera que nesses momentos de agressividade a interpretação pode ser percebida como autodefesa do analista. Balint (1993) acredita que a interpretação é experienciada como interferência ou crueldade nesses momentos mais regressivos e deixam de ser meios confiáveis de comunicação. O analista não deve tentar traduzir os gestos agressivos por meios verbais, mas fundamentalmente suportar a desorganização, a incoerência. O analista precisa apenas sobreviver e tolerar essa vivência caótica para que mais tarde, em um outro momento, o paciente possa fornecer para o analista a chave para a compreensão, pois quem verdadeiramente tem essa chave é o paciente.

O enfoque não é na interpretação, que pode ser considerada invasiva, persecutória, mas em criar a possibilidade de uma vivência de confiança em que o analista possa através da empatia, da sintonia afetiva com seu paciente e, no momento que sentir adequado, levantar proposições a respeito do que a própria contratransferência lhe indica, ou seja, o sentimento de desesperança, de receio de confiar, ajudando o paciente a entrar em contato com seu sofrimento. A consistência do analista corresponde a sua presença não invasiva. É a consistência dessa presença que produz marcas significativas e estruturantes.

4

As Relações entre Corpo, Afeto e Sensorialidade na Transferência

A dimensão corporal tem sido um foco de interesse cada vez maior na psicanálise, seja porque a teoria baseada no registro de representações não se mostra capaz de explicar as manifestações resultantes das experiências traumáticas que não se inscrevem na ordem simbólica, nem são recalçadas, como afirma Reis (2004), seja pela importância de nosso olhar, de nossa escuta para as manifestações corporais na cena analítica como suporte importante para a compreensão de afetos que são expressos através do corpo. Essas manifestações corporais são indícios significativos, material inconsciente, muitas vezes, e que precisa ser levado em conta, para que possa receber um sentido, uma amarração afetiva e simbólica.

A experiência clínica de Ferenczi com pacientes difíceis possibilitou o desenvolvimento teórico e a técnica psicanalítica sob enfoques que são fundamentais para se pensar estratégias para a clínica contemporânea, na qual há a necessidade de se considerar as relações entre corpo, afeto e sensorialidade.

Freud e Ferenczi mantiveram uma intensa troca de correspondências que abarca o período de 1908 até a morte de Ferenczi em 1933. Além da troca de idéias relativas às leituras literárias, assuntos diversos de comum interesse foram discutidas, principalmente, idéias referentes ao campo teórico e clínico. Essas idéias foram compartilhadas desde o momento nascente, seu desenvolvimento até a respectiva publicação, conforme ressalta Perestrello (1994). A partir da segunda metade dos anos 20 foi crescente a divergência de pontos de vista, não somente com relação à técnica, mas relativa aos problemas teóricos essenciais, como lembra Balint no prefácio das *Obras Completas*.

Figueiredo (2008a), no artigo *Presença, Implicação e Reserva*, desenvolve algumas considerações a respeito da dificuldade de se falar em técnica em psicanálise. O autor lembra as modificações que a técnica foi sofrendo, desde a hipnose até a importância do manejo na clínica de pacientes limítrofes. Além disso, ressalta a importância da relação interdependente entre a teoria e a técnica e

lembra que as definições quanto aos procedimentos e metas da análise não podem ser vistos como algo rígido, fechado. Em carta à Ferenczi (1928), Freud demonstra preocupação com relação às conseqüências de uma interpretação presa ao sentido literal de seus artigos sobre a técnica psicanalítica. Ele reconhece que a uniformização da técnica levaria à “perda de contato com as experiências de cura analítica na sua singularidade e especificidade” (FIGUEIREDO, 2008a, p.19).

Freud, ainda nessa carta, diz que o que deveria ser feito no trabalho analítico caberia ao tato, mas reconhecia que, infelizmente, muitos analistas seguiram ao pé da letra suas recomendações, não levando em consideração a elasticidade da técnica. Essa “submissão”, como o próprio Freud reconhece, transfigura a possibilidade de uma escuta mais apurada, tendo como base a sensibilidade do analista em sintonia afetiva com seu paciente, em empobrecimento e, até mesmo, afastamento do que seria fundamental no encontro analítico. Tal observação ou crítica aponta para a importância do analista se manter disponível ao reconhecimento da especificidade e da singularidade de cada caso. Esse tema é desenvolvido por Ferenczi em artigos em que aborda a questão do tato e da elasticidade da técnica, a partir da sua prática clínica, principalmente com pacientes graves, mas com certeza, tema de discussões e preocupações freudo-ferenczianas, como lembra Figueiredo (2008a).

A ortodoxia, a uniformização da técnica, infelizmente se manteve presente nas instituições de formação analítica. Além disso, Figueiredo (2008a) salienta que a tradução para o inglês dos artigos de Freud, recebeu um tom mais rígido e formal, como é o caso do termo alemão *Ratschläge*, deveria ser traduzido por “pequenos conselhos” ou dicas e não por recomendações.

Por sorte, alguns autores, dentre eles, Ferenczi, priorizaram a escuta na clínica, “reiteradamente lembraram que a psicanálise não é coisa para burocratas e reinstauraram com finura e ousadia as marcas da dissonância nas práticas sempre ameaçadas de uma excessiva institucionalização” (FIGUEIREDO, 2008a, p.20). Tal processo ensurdece e impossibilita a escuta, mata a potência da clínica, sua vitalidade, pela perda da criatividade e do próprio reconhecimento do que há de singular a cada encontro.

A base da clínica é justamente a dimensão ética, na qual a alteridade e a singularidade da experiência são reconhecidas. É por essa via que a psicanálise se firma num campo ético como uma prática teorizada, ou seja, que mantém a

dialética entre teoria e prática permanentemente. Esse é o movimento contínuo e esperado para a psicanálise. Se alguma uniformidade é necessária, ela perpassa pela ética do analista, sempre como lugar de permanente reflexão, o que justamente possibilita a não uniformização dos procedimentos, que levaria a uma repetição sem sentido, uma caricatura do trabalho analítico preso a modelos normativos, moralizantes e disciplinadores, uma cartilha “ortodoxante” (FIGUEIREDO, 2008a).

Ferenczi procurou desenvolver a técnica analítica na extensão do que sua clínica suscitava, não ficou indiferente, deixou-se afetar pela dor e pelo sofrimento do outro, o que representou o deslocamento de uma atitude neutra ou retraída do analista clássico para a inclusão do mesmo num campo de afetação. Tal atitude recebeu críticas severas por parte da comunidade psicanalítica. Ferenczi, no início de seu artigo *Contra-indicações da Técnica Ativa* (1926) afirma:

Alguns críticos julgaram-se na obrigação de proteger a psicanálise das minhas inovações afirmando que, na medida em que eram aceitáveis, nada traziam de novo, e na medida em que ultrapassavam os limites dos conhecimentos bem estabelecidos, eram perigosas e, por conseguinte, deviam ser rejeitadas (FERENCZI, 1926, p. 365).

Situação paradoxal que o discurso vigente da psicanálise impingia a quem estava pelo menos vinte e cinco anos à frente das teorizações de sua época, como escreveu Balint (apud SABOURIN, 1988). Não se tratava de atitude transgressiva, mas da percepção da necessidade de uma revisão e ampliação da técnica e da teoria psicanalítica.

Segundo Sabourin (1988), na concepção freudiana as dicotomias entre realidade e fantasia ou endógeno e exógeno ou realidade psíquica e experiência vivida são superadas, na medida em que considera que os relatos através da memória possuíam, na maioria das vezes, uma mistura entre falso e verdadeiro e a repressão das representações seria, fundamentalmente, o agente patogênico.

Ferenczi questiona a tentativa de deslocar o vivido para a representação, pois muitas vezes as intensidades vividas na experiência estão aquém da possibilidade de representação. Dessa forma, vai privilegiar a dimensão relacional. O relacional nunca é só ambiente ou só interno, mas “ao se sustentar as universalidades das fantasias inconscientes, de todos os arquétipos originais, de

todos os Édipos estruturais, estaríamos negando o efeito dessas realidades de infância que, tantas vezes ultrapassam a ficção” (SABOURIN, 1988, p. 133).

Ferenczi preocupou-se com os efeitos das ações, dos atos dos adultos sobre a criança, preocupou-se com os traumatismos relacionais, ou seja, os macrotraumas ou microtraumas cumulativos, tendo como referência não somente a sexualização precoce e a culpabilização, mas também os efeitos da rigidez dos métodos educativos que impedem, impossibilitam a atividade de fantasiar da criança, representando verdadeiros desvios no desenvolvimento do psiquismo em formação. Trata-se, sobretudo, da introjeção no psiquismo infantil de um superego. A criança incorpora a rigidez e severidade do adulto através do processo de identificação.

O reconhecimento da situação traumática como uma realidade que se impõe aponta para a necessidade de se repensar a teoria, a técnica e a prática analíticas. O objetivo do tratamento para Ferenczi é cicatrizar a ferida, valorizando a dimensão terapêutica na análise. “Essa idéia de cicatriz é essencial”, referindo-se ao trauma precoce, idéia que é retomada por Freud, e também por Balint, em *A Falha Básica*. A questão que surge e é central no desenvolvimento das formulações de Ferenczi é: como o processo terapêutico pode influenciar em tais marcas ou cicatrizes? (SABOURIN, 1988, p.126).

A concepção teórica de Ferenczi contribui para a compreensão de impasses que surgem na clínica atual. O destaque que Ferenczi dá à dimensão relacional é trazido para a forma como concebe a clínica. Nesse sentido, salientamos o reconhecimento na concepção ferenczina da contratransferência como um importante indicador para o trabalho analítico. O método interpretativo, como produtor de sentidos não produz, muitas vezes, o efeito necessário. A cisão, a dissociação e a fragilidade egóica comuns na clínica atual apontam para a necessidade de se engendrar uma clínica na qual o enfoque está muito mais na dimensão afetiva, uma clínica das intensidades.

O foco está na vivência de uma experiência que dê sustentação e continente e não no discurso, na linguagem ou mesmo na interpretação. Dessa forma, a dimensão intersubjetiva ganha destaque. O analista precisa se incluir nesse processo para que possa, através de uma escuta sensível, acolher as sensações relativas aos afetos, às percepções de pequenos gestos, aos movimentos e mesmo a uma certa atmosfera que pode ser captada pelo analista e que precisa

ser verbalizada, precisa receber um sentido. Esse sentido é, então, compartilhado pelo par analítico.

Quando o analista se dispõe a estar na mesma sintonia afetiva, pode acompanhar o ritmo do paciente. Essa “bússola” permite que o analista saiba quando e como levantar alguma proposição que abre um campo “novo” de material que pode receber sentido, significação. Em outros momentos o mais significativo pode ser a necessidade do acolhimento do silêncio. O silêncio que recebe o acolhimento do analista adquire uma função restauradora, novos sentidos, novas significações podem ser criadas a partir dessa vivência que é de fundamental importância muitas vezes para o paciente.

O reconhecimento da dimensão corpóreo-afetiva na obra ferencziana tem sido fundamental para a clínica contemporânea por dar subsídios para a compreensão de fenômenos relativos ao campo dos afetos e ao corpo: os movimentos corporais, as pequenas percepções, posturas, o ritmo, as sensações ínfimas. A comunicação inconsciente também faz parte dessa gama de trocas que acontecem na experiência analítica, segundo Anzieu (2002) e Winnicott (1996).

No *Diário Clínico*, Ferenczi menciona que no decorrer da análise pode ocorrer a transmissão de pensamento, a comunicação entre inconscientes, algo que pertence a “realidade imaterial que nos é inacessível” (FERENCZI, 1932, p.67).

Em outro momento, ainda em seu *Diário Clínico* revela que “alguns pacientes afirmam com grande segurança que percebem também os nossos pensamentos e os nossos sentimentos, independentemente de qualquer sinal exterior e mesmo à distância” (FERENCZI, 1932, p.69).

Os fenômenos relativos à realidade imaterial são possíveis através da sintonia entre inconscientes entre o analista e o analisando, bem como na relação entre a mãe e seu bebê. Assim como no início da vida, o bebê por sua total dependência à sua mãe, mantém a atenção materna voltada para as suas necessidades, da mesma forma em processos regressivos o analista, ao se manter em sintonia afetiva com seu paciente, pode pressentir seu estado emocional. O paciente também pode captar nossos pensamentos e estado emocional. A comunicação é uma via de mão dupla entre as duas subjetividades.

A dimensão sensorial da linguagem do corpo nos dá subsídios importantes para o trabalho analítico. McDougall, a partir de seu trabalho com pacientes vulneráveis no plano psicossomático, compreendeu que seus pacientes, muitas

vezes, desencadeavam uma explosão somática ao invés de abordarem algum pensamento conflituoso que poderia despertar sentimentos muito intensos e dolorosos. Na introdução de *Teatros do Corpo*, lembra o quanto é importante a inclusão da dimensão sensorial na escuta analítica:

Foi preciso que eu me deixasse guiar por meus analisandos em todos os meandros de sua história psicossocial até a pré-história, na qual as palavras têm menos importância que as percepções olfativas, táteis, visuais, e auditivas, para ouvir enfim a ligação entre sofrimento, angústia e prazer (Mc DOUGALL, 1996, p.1).

A linguagem do corpo transmite lembranças de experiências que o psiquismo, muitas vezes, não possuía na época, condições de metabolizar, estágios do desenvolvimento muito precoce ou ainda, pelo efeito da comoção psíquica, onde o estado confusional não possibilitou o mínimo de compreensão e elaboração. Nesse sentido, Ferenczi faz referência a uma desorganização do psiquismo e do próprio corpo, “uma destruição das associações psíquicas”, “a narcose, a hipnose, a angústia destroem as funções de síntese” (FERENCZI, 1932, p. 106).

O efeito secundário do trauma é a interrupção da capacidade de pensar, de fantasiar. O que corresponde à perda de contornos e fronteiras, ao excesso de angústia, à sensação de abandono e ao desamparo provenientes dessa justaposição entre o que é familiar e estranho na situação traumática, como salientou Coelho Júnior (2003).

Observa-se em pacientes mais graves a falta de memória, a dificuldade de representação, a dificuldade de concatenar as idéias, a dificuldade de se relacionar com o mundo, manter vínculos, o sentimento de despersonalização, a dissociação entre corpo e psiquismo, dificuldades na fala, sentimento de vazio, de sentir-se estrangeiro do próprio corpo são alguns dos efeitos do trauma desestruturante.

A causa dessa discrepância precoce, segundo Balint, pode ser congênita, no caso de doenças orgânicas ou ambientais, em que fica claro a marca de um excesso, seja em presença ou em falta “como um cuidado insuficiente, deficiente, aleatório, excessivamente angustiada, superprotetor, severo, rígido, muito inconsistente, inoportuno, superestimulante ou apenas sem compreensão ou indiferente” (BALINT, 1993, p.20).

Percebemos, na clínica, essas dissociações como elos que se partem, seja na comunicação entre o eu e o outro, entre o eu e a realidade, causadas por situações traumáticas, sem possibilidade de um sentido, uma amarração simbólica.

É preciso que se estabeleça uma base de confiança, a partir de uma experiência na análise construída pelo par analítico. Essa base se constrói momento a momento, através de pequenos gestos, através de uma presença que preserva espaço para elaborações do analisando. A preservação desse espaço-tempo é o que possibilita a criação, a cicatrização de experiências invasivas. As interpretações, as construções são feitas como proposições, levando o analisando a se implicar muito mais ativamente no processo. “O que se busca é exatamente uma maior possibilidade de trânsito intrapsíquico, o que é a condição para os ganhos na luta contra a repressão e contra as cisões e dissociações (FIGUEIREDO, 2008a, p. 27).

As situações traumáticas foram vividas muitas vezes numa fase anterior à linguagem ou não receberam um sentido pelo efeito devastador causado ao psiquismo. A linguagem do corpo transmite o efeito de lembranças físicas de experiências. Ferenczi em *Notas e Fragmentos*, de 1932, faz essa importante afirmação:

Os eventos psíquicos do passado (infância) podem ter deixado para trás seus traços mnêmicos somente na linguagem gestual (corporal) incompreensível para o nosso consciente, sob a forma de “mnemos” orgânicos-psíquicos; na época, talvez não existisse sequer o pré-consciente, apenas reações emocionais (prazer-desprazer) no corpo (traços mnêmicos subjetivos) – de modo que só são reproduzidos fragmentos de acontecimentos exteriores (traumáticos). Talvez apenas os primeiros momentos do traumatismo que ainda não puderam ser “recalcados” (deslocados para o corporal), em consequência do elemento surpresa (ausência ou atraso do contra-investimento) (FERENCZI, 1932, p. 271).

O autor não se refere ao processo de recalçamento em relação à fronteira do sistema inconsciente - pré-consciente - consciente, mas a uma criação de barreiras como defesa do organismo contra a irrupção de energia externa, ou seja, o organismo mobilizaria energia interna à custa das suas atividades, que se tornaria empobrecida para criar limite contra o afluxo de excitações externas. Essa seria a defesa possível frente ao desprazer.

Ferenczi (1932) sugere, no entanto, que esses traços mnêmicos estariam registrados no corpo (corpo-psíquico). Ao final dessa nota, interroga: “Poder-se-

ia inserir no corpo a qualidade de *pré-consciência* (qualidade que pode ser afirmativa de desprazer)” (FERENCZI, 1932, p.271).

A valorização dos caracteres hereditários, nos diz Ferenczi, não corresponde ao que se observa na clínica. O autor não nega em absoluto sua importância; muito pelo contrário, considera-os fatores de peso na etiologia das neuroses e psicoses, mas reconhece que não são os únicos. Ferenczi se refere à influência do ambiente nas experiências vividas, após o nascimento ou durante a educação: o desmame, o treinamento do asseio pessoal, a passagem da criança à vida adulta. Caso essas experiências sejam vividas como processo gradual, onde o desprazer não atinja um nível insuportável para a criança, ou mesmo o ritmo entre prazer e desprazer seja mantido, favorecendo a experiência de desejar, de continuidade de seu ser, elas corresponderão a etapas estruturantes.

Na verdade, o que ele pretende estar construindo em termos de ciência bioanalítica não reconhece fronteiras e limites e é por isso que chega a falar “em psicologia e psiquiatria da vida orgânica”, ou seja, chega a sugerir um entrelaçamento de níveis e dimensões psíquicas e somáticas que, sem dúvida, está nas raízes do pensamento psicossomático contemporâneo (FIGUEIREDO, 1999, p. 204).

A noção de psicossoma também é desenvolvida por Winnicott que considera que o desenvolvimento saudável do mesmo depende da adaptação do ambiente às necessidades do lactente. As necessidades no início são absolutas e gradualmente vão se tornando relativas. A capacidade da mãe de acolher as necessidades do lactente e atendê-las em um tempo suportável de espera influencia no seu desenvolvimento emocional.

A noção de cuidado recebe relevo na concepção clínica de Ferenczi. A valorização da dimensão afetiva, a espontaneidade, em contraposição a uma dimensão intelectualizada, corresponde a um importante aspecto para a “cicatrização” proposta na terapêutica ferencziana.

4.1

O Lugar do Corpo do Analista – A Dimensão Intersubjetiva

...”existe, independentemente das épocas e das gerações de analistas, uma exigência incontornável para todos aqueles que se expõem ao exercício da escuta, a saber, a exigência de situar o lugar do corpo do analista no tratamento” (DOLTO & NASIO, 2008, p. 55).

A experiência clínica de Ferenczi com os “casos difíceis” possibilitou o desenvolvimento da teoria psicanalítica sobre aspectos que são fundamentais para a clínica contemporânea. A importância da dimensão relacional é trazida por Ferenczi para a situação analítica e a partir dessa perspectiva a contratransferência passa a ser vista como importante bússola ou orientação para o trabalho analítico.

O reconhecimento do campo transferencial como campo de afetação e de intensidades, na qual o analista permite ser levado por seu paciente a acompanhá-lo em seu processo, se propondo a sentir como seu paciente se sente é uma vivência que, sem dúvida, produz mudanças internas não somente no paciente, mas também no analista.

Para a compreensão da dimensão contratransferencial é necessário levar em conta o funcionamento psíquico do analista, sua disponibilidade psíquico-emocional frente às questões suscitadas pela contratransferência. O analista precisa acolhê-las e fazer um trabalho interno permanente através de uma investigação a partir do que surge, do que surpreende, do que causa questionamentos, seja por efeito dos restos não analisados, seja por efeito projetivo, seja por comunicação inconsciente do paciente.

A mobilidade psíquica do analista, efeito de sua análise em primeiro lugar, permite ao analista não estagnar o processo. Acompanhar o analisando representa poder escutá-lo e, ao mesmo tempo, se escutar. Ver seu paciente, mas também poder sair desse campo hipnótico da transferência, por vezes excessiva, e poder se ver, mantendo-se vivo como analista. Entrando no processo, mas também saindo para sobreviver em sua função e lugar. É preciso que o analista desenvolva essa capacidade de poder acompanhar os dois sentidos da transferência – a do paciente com relação ao analista e a do analista com relação ao paciente.

Essa vivência é complexa, há múltiplas faces, múltiplas dimensões que se cruzam, que são operantes, que mantêm uma intensidade que o analista precisa

acolher, metabolizar e utilizá-las como base para o manejo na análise, ou mesmo como indicador para o trabalho interpretativo desenvolvido através de proposições frente aos sentimentos evocados por seu paciente. O analista precisa se manter receptivo às sensibilidades e ao ritmo expressados pelo analisando, precisa se manter em sintonia com as vibrações sutis que lhe são comunicadas através da linguagem corporal.

As experiências muito primitivas, experiências ligadas à constituição da imagem corporal não passam por registros de representação, mas permanecem num campo de intensidades que pode ser comunicado na análise através do acolhimento dessa dimensão sensorial e afetiva.

As noções de tato, de acolhimento, de empatia terapêutica e de benevolência são desenvolvidas por Ferenczi a partir de 1928, com a *Elasticidade da Técnica*. Essas noções são fundamentais para a clínica em que o “lugar do analista”, coincide a uma posição materna. Como afirma Kupermann (2008), “o abandono das técnicas rumo a uma estética da clínica coincide com o abandono da busca da definição de um ‘lugar’ que pudesse ser ocupado pelo psicanalista junto ao psiquismo do analisando” (KUPERMANN, 2008, p.138). O autor se refere a essa ênfase na dimensão afetiva como motor na análise, segundo uma concepção econômica, para além de uma tópica, onde o analista ocuparia o lugar de representante paterno da castração.

Fédida (1992) chama a atenção de que a noção de tato desenvolvida por Ferenczi, não corresponde a uma forma simples de acolhimento. É uma noção mais complexa e sutil, que corresponde a uma capacidade tonal do analista de sentir como se sente seu paciente e, poder a partir do que essa sintonia afetiva indica, silenciar-se, ou não, interpretar ou não e de que forma. A reação do analista corresponde a ir de encontro, nesses momentos, ao atendimento de uma necessidade de seu paciente.

A comunicação num processo analítico, muitas vezes, se efetua numa intensidade tal qual a mãe é capaz de captar quando seu bebê ainda está numa fase de dependência absoluta, conforme Winnicott (1983) ressaltou.

Há pacientes que atravessam momentos em sua análise que necessitam dessa vivência de que o analista acolha a intensidade de sua presença, de sua dependência, ajudando-o a atravessar essa fase para uma autonomia maior. Em fases mais difíceis do tratamento, momentos de extrema angústia na qual a

dependência é maior, o analista pode captar a comunicação inconsciente do analisando, pressentir uma necessidade, por estar em sintonia afetiva com o paciente.

Diante dos desafios que a clínica da sensorialidade nos apresenta é preciso pensar nos instrumentos necessários para o trabalho analítico, seja pela ampliação da comunicação entre analista e analisando através da inclusão da escuta do corpo, seja pela inclusão da sensorialidade na transferência e seus efeitos contratransferenciais.

Com relação à contratransferência, Tustin (1984) cita o artigo de Lea Goldberg (1979) que faz referência ao trabalho com pacientes adultos psicóticos. Segundo Goldberg, a transferência de pacientes em estado psicótico é dirigida para dentro do corpo do terapeuta. Quando se está trabalhando com pacientes que funcionam em níveis elementares, são vivenciadas formas muito primitivas de relacionamento objetal na relação com o terapeuta e, portanto, transferência e contratransferência não são claramente delineadas.

McDougall (1983), a partir de seu trabalho com “pacientes difíceis”, reflete sobre o papel da contratransferência, lembra que o analista muito mais que informado pelas associações, apesar de sua ressonância inconsciente, sente-se antes de qualquer coisa, “afetado” também por certos índices sensório-motores captados de modo subliminar. Além disso, a autora afirma que “as emoções suscitadas no analista por essas *infiltrações primitivas* trazem em potencial uma possibilidade de interpretação” e mais adiante salienta que “se o analista quiser tornar audível o afeto sufocado, dizível o fantasma arcaico, deverá estar preparado para conter o transbordamento e elaborar essa vivência inexpressível” (McDOUGALL, 1983, p. 113).

A autora se refere ao fato de que mais do que comunicar em palavras, o paciente consegue suscitar afetos no analista. O analista sente os sentimentos, as emoções do paciente, sentimentos de impotência, tristeza, irritação ou mesmo angústias. McDougall ainda lembra que “apesar do aspecto enganoso da contratransferência que nos é tão familiar, sou levada a supor que esses afetos não são apenas o reflexo dos conflitos inconscientes do analista. (McDOUGALL, 1983, p. 113).

A atitude do analista frente à clínica de pacientes, chamados por McDougall de “esfolados vivos”, que tentam reparar e manter sozinhos a ilusão

de uma identidade é crucial no processo analítico. A autora interroga: “Como fazer para que Narciso, que só ouve através do olhar, possa escutar nossas palavras?” E mais adiante continua: “Se Narciso tem de lutar contra sua não-existência, como poderia colocar-se à escuta do próprio inconsciente?” (McDOUGALL, 1983, p. 130).

Para McDougall a palavra interpretativa corre o risco de perpetuar as incompreensões e as distorções mútuas das primeiras trocas verbais entre a mãe e a criança ou ainda o silêncio em vez de deixar espaço potencialmente criativo, abre-se para o silêncio do inconsciente, da morte psíquica, do vazio. A autora ressalta ainda que:

Enquanto o analista persistir unicamente em localizar as cadeias associativas, em seguir os fios significativos do discurso, aplicando fielmente a grade de decodificação herdada de sua formação (seja qual for a grade privilegiada por ele), o processo analítico será bloqueado pela *resistência da contratransferência* (McDOUGALL, 1983, p. 113).

A clínica desses pacientes evoca a necessidade de um trabalho analítico mais referido a comportamentos agenciados, a uma presença sensível do analista frente às defesas arcaicas, pré-verbais, defesas essas que se erguem como verdadeiras muralhas, armaduras protetoras frente às ameaças de perda de identidade e contra a indiferenciação. Essas defesas se erguem para proteger a própria existência, são defesas relacionadas à problemática da economia narcísica e não aos problemas colocados pela economia libidinal como na clínica de pacientes neuróticos.

O desafio proposto por McDougall frente à necessidade de estancar a “hemorragia psíquica” nos conduz a um constante questionamento. O analista vive intensamente essas angústias, pois muitas vezes parece que tudo, a própria existência do paciente, está por um fio. Muitas vezes nos sentimos trabalhando nesse limiar entre vida e morte e o que é constante é a permanência desse risco. Somos levados a suportar e admitir em nosso próprio funcionamento psíquico a idéia constante da fragilidade do sentido da existência do outro e de nós mesmos. Somos permanentemente confrontados com o risco de morte e ao mesmo tempo a presença da luta constante pela vida, pelo reconhecimento do outro, a luta para manter a representação de si e o equilíbrio da economia narcísica.

A aventura psicanalítica com pacientes cuja angústia está centrada principalmente na representação e no investimento de si, segundo McDougall (1983), dá uma dimensão específica à relação transferencial, pois se trata de uma transferência “fundamental”, de uma vivência arcaica e em determinados momentos, fusional.

Para o aprofundamento das questões relativas à clínica de pacientes graves, principalmente, e mesmo para a clínica da neurose, recorreremos a algumas contribuições de alguns autores a respeito da infância precoce que influenciam a constituição do psiquismo.

Tustin (1995) afirma que na infância normal há um fluir à unicidade a um tornar-se consciente da separação da mãe e do mundo exterior, há oscilações alternadas de consciência de espaço e “não-espaço” entre o bebê e a mãe. Winnicott faz referência em seu desenvolvimento teórico à idéia de processo que nos parece fundamental em qualquer perspectiva de estudo da infância precoce.

A contribuição de Daniel Stern para a clínica dos primórdios pode nos auxiliar nesta discussão. Stern (1992) lembra que as experiências subjetivas que os bebês podem compartilhar na fase pré-verbal, não dependem da linguagem verbal. Essas experiências compartilháveis se referem a atenção, intenções e estados afetivos. O bebê nesta fase está muito atento às ações, aos gestos, às expressões faciais do adulto e em tudo isso há o compartilhar de intensidades afetivas.

Concordamos com a afirmação de Stern (1992) a respeito dos bebês de um ano, que diante de situações ambíguas olham para a mãe buscando “ler” seu rosto, buscam a definição quanto à convergência entre o que eles sentem e o que o rosto da mãe expressa, seu conteúdo afetivo. Com relação a isto, Stern diz que “o bebê que está aprendendo o modo discursivo parece ser bem mais perito no domínio da troca de afeto” (STERN, 1992, p. 118).

Nesse sentido, o autor faz referência a interafetividade como forma mais fundamentalmente importante de compartilhar experiências subjetivas. O alinhamento e sintonia com afetos de vitalidade, que são sentimentos e pertencem ao domínio da experiência afetiva, permite o compartilhar com o outro as experiências internas. Consideramos importantes essas noções desenvolvidas por Stern, um leitor do não verbal, por salientarem a dimensão corporal e afetiva

presentes desde sempre como condição de possibilidade para que um ser humano possa realmente estar com o outro.

O compartilhar humores e estados afetivos antecede o compartilhar estados mentais. Essa idéia vem de encontro com a afirmação de McDougall a respeito da dimensão afetiva. “A capacidade de captar o afeto de um outro precede a aquisição da linguagem”. Além disso, McDougall ressalta que “nada resta à criança senão reagir à experiência afetiva da mãe, ao passo que a capacidade materna de captar os afetos do filho e de lhes dar uma resposta depende do desejo de dar um sentido aos gritos e gestos do bebê” (McDOUGALL, 1983, p.100).

Essas noções que aprendemos com a observação de bebês são características que carregamos para o resto da vida, estão presentes na experiência clínica e os pacientes mais regredidos, ou os pacientes que atravessam um momento da análise mais regressivo nos confirmam essa importância.

O corpo ou psicossoma do analista entra em contato com o fluxo de afetos que circulam na relação com o analisando. O corpo do analista capta como uma “caixa de ressonância” e é afetado por sensações e afetos. Os pacientes mais regredidos captam como o analista se sente, parecem manter uma atenção intensificada aos efeitos de sua presença no outro, seja pela preocupação de que o outro não a suporte, o receio da perda do objeto, seja pelo receio de se sentir invadido. O campo de afetação nesses casos se dá num nível diferente em intensidade do campo de afetação na clínica da neurose.

O olhar que atravessa e tenta encontrar um ponto de apoio e sustentação para um psicossoma capta com toda a atenção o efeito dessa ânsia no analista. Ele não espera necessariamente a aceitação, o que ele espera é a verdade, algo genuíno, espontâneo que ele possa encontrar naquela relação. É essa a base que estrutura qualquer encontro, mas nesses casos somos postos à prova, enquanto que para o neurótico a interface transferência-contratransferência não perpassa por tal intensidade.

Gil, filósofo que desenvolve um importante estudo sobre o corpo compreendido como unidade *psyché-soma*, nos ajuda a pensar nessas questões ao salientar que o rosto é uma superfície particular de entrada do exterior para o interior. Segundo Gil (1997), não vemos nosso rosto, vemos o rosto do outro. O autor salienta que a primeira relação intersubjetiva do bebê é com o rosto da mãe.

Os afetos, as necessidades do bebê são espelhados no rosto materno, bem como nos seus gestos. Da mesma forma, a mãe vê no rosto do bebê as reações dele frente às respostas maternas. O rosto centra o sentido dessa troca afetiva-psico-corporal. Do mesmo modo, os pacientes mais regredidos observam o rosto, o olhar que dá indícios significativos de nosso estado de espírito, mais significativos para eles do que a escuta de nossas palavras. O fio condutor da própria criação da imagem de si é o olhar que o outro lhe dirige.

Gil, assim como Stern (1992), não considera a relação mãe-bebê como simbiótica, mas osmótica, ou seja, há um sistema complexo de sinais que ocorrem nessa troca cujo fio condutor é uma atmosfera afetiva, a saber, instrumentos afetivos da criança prolongam-se no rosto da mãe e o interior da mãe exprime-se no rosto da criança.

McDougall (2000) entende que a criança vive experiências somáticas intensas nos primeiros meses de vida, não tem ainda uma representação de sua imagem corporal, não tem a possibilidade de vivenciar seu corpo ou o de sua mãe senão como unidade indivisível. E afirma que:

Embora o bebê busque realizar trocas com sua mãe e desenvolva bem cedo seus próprios métodos de relacionamento com o ambiente (como o demonstram os trabalhos de Stern, 1985), ele não efetua uma distinção bem definida entre si mesmo e o objeto (Mc DOUGALL, 2000, p. 11).

O que a autora parece ressaltar é que, ainda que haja mutualidade nas trocas mãe/bebê, a disponibilidade afetiva materna é primordial e é por meio dessa disponibilidade que o bebê pode desenvolver uma imagem corporal própria, distinta da mãe. Nesse caso, a mãe pode ser introjetada de maneira a tornar-se objeto de identificação benéfico. Os pacientes descritos por Mc Dougall, em sua maioria, não apresentavam essa integração psicossomática. A autora ressalta a importância da afetividade na formação da imagem corporal que é construída num processo gradativo.

Stern (1992) sugere que a intersubjetividade se dá pela imitação, por um espelhamento nesse momento, na qual a mãe sorri para induzir um sorriso no bebê, mas não é uma simples repetição, pois o que se projeta são forças, intensidades afetivas. Sintetizando, o rosto não é estável, representado pela

expressão de um interior fixo, mas um sistema em equilíbrio sempre instável, resultado de pequenas percepções refletidas no rosto dos outros.

Por outro lado, Stern (1992) também enfatiza a importância da capacidade da mãe ou do cuidador de ler e compreender o estado afetivo do bebê manifestado através da expressão facial, choro ou qualquer indicador. A resposta à expressão do bebê é importante. Ela não deve corresponder a uma simples imitação, mas uma ação que venha a atender o comportamento do bebê. O bebê deve ser capaz de ler essa resposta dada pelo adulto. Esse é o percurso da sintonia afetiva.

Podemos considerar a sintonia afetiva como um primeiro diálogo. Um diálogo gestual, corporal e afetivo que é a base para o relacionar-se e a base para a própria comunicação verbal, mas não só isso. Todas as capacidades cognitivas de atenção, concentração, a própria capacidade criativa decorre desse diálogo afetivo. Esse diálogo é também o que possibilita a individuação, a autonomia, a possibilidade de ser alguém diferente do outro e, ao mesmo tempo, é o que nos permite ter prazer de estar com o outro.

Segundo Stern (1992), as mães e os bebês criam mutuamente as cadeias e as seqüências dos comportamentos recíprocos e salienta a importância da mãe estar na mesma modalidade do bebê. Entendemos essa disponibilidade da mãe como fundamental para a criação de uma “cumplicidade divertida” (DOLTO, 1999) entre ela e o bebê. Essa experiência afetiva é a base para o brincar e para o gesto espontâneo Winnicott (1975).

As falhas nesse processo podem causar danos sérios para o psiquismo. Quando o diálogo entre a mãe e seu bebê não é possível, mas apenas monólogos dissociados, perde-se esse elo comunicativo. O relacionar-se com o outro passa a ser ameaçador, as vivências invasivas e destrutivas dificultam a própria existência.

Na clínica, a dimensão corporal e afetiva são também fundamentais. As experiências sensoriais, corporais dão indícios significativos para termos acesso a via inconsciente. Para tal, o analista empresta seu corpo como “caixa de ressonância”, sua sensibilidade, sua sensorialidade se põem em sintonia rítmica com as sensações e com a sensorialidade do analisando. A questão é “eu sinto como ele se sente”, com base num campo dos afetos e não “eu entendo como ele se sente”, uma análise intelectualizada, com base num campo de representação.

Essas trocas se tornam possíveis na medida em que a confiança se estabeleça, dando suporte para a transferência. E, para tal, o analista precisa ter

uma disponibilidade emocional que possibilite tal vivência, ela faz parte de um processo que se constrói muito mais em ato do que em palavras. Desta forma, a escuta analítica se amplia, a partir da escuta da dimensão afetiva e corporal.

A sensibilidade clínica do analista se aguça na medida de sua disponibilidade emocional, ou seja, a partir da própria flexibilidade que o permite acompanhar o ritmo a que o analisando o convoca. Sua experiência de análise nessas condições é muito importante. Ferenczi considerou a análise do analista como segunda regra fundamental, o que nos faz pensar em dois aspectos.

Em primeiro lugar, a análise é um processo construído a dois, cujo percurso e intensidade não podem ser previamente determinados. É claro que o estabelecimento da confiança é fundamental e, para isso, o analisando vai precisar de tempo, mas acima de tudo, da disponibilidade do analista, que será captada pelo analisando através de gestos espontâneos, através do olhar, através de toda a gama de comunicação, principalmente a não-verbal. As trocas genuínas possibilitam o estabelecimento de um mesmo ritmo de comunicação, ritmo também presente na relação mãe-bebê quando a interação é verdadeiramente possível.

Quando essa sintonia se dá, ou seja, quando a mãe consegue se dispor a entrar em sintonia com seu bebê, acolhendo suas necessidades, ele passa gradativamente a responder no mesmo ritmo, podendo em momentos de necessidade da mãe, se dispor a esperar e a tolerar suas falhas. Isso promove o desenvolvimento psíquico e emocional do bebê. A mãe se surpreende e transmite sua satisfação em se sentir “compreendida” pelo bebê, fortalecendo a vitalidade em ambos, fortalecendo o vínculo. Nesse sentido, o bebê, de um momento de maior passividade, conquista atividade, promovida pela relação com sua mãe ambiente, ou seja, ele agora, e cada vez mais, passa a ser agente.

Esse processo também ocorre na clínica e não somente com pacientes mais regredidos, mas são eles, sem dúvida, que nos ensinam a prestar atenção a essa necessidade.

Em relações superficiais, em relações de trabalho, no dia-a-dia, muitas coisas passam despercebidas, mas numa análise o próprio *setting* favorece tal intensidade. A relação entre analista e analisando é biunívoca, há trocas permanentes, o corpo de um em comunicação recíproca com o outro. Quando a mãe se identifica com seu bebê, pode pressentir suas necessidades e desse modo,

atendê-las. Quando o analista consegue estar em sintonia afetiva com seu paciente, a comunicação também se dá de forma inconsciente, por isso a importância do acolhimento e seus efeitos em nosso trabalho clínico – em nossa escuta.

Corroborando com essa perspectiva na análise, na qual a dimensão relacional é reconhecida e utilizada como importante recurso para o trabalho analítico, Dolto diz que:

No tratamento o corpo do analista é constantemente exposto à fala do outro e extremamente sensível à sua presença. Ao mesmo tempo, que essa entidade a que chamamos “corpo do analista” - e que, para sermos mais precisos, deveríamos denominar ‘imagem do corpo do analista’_ constitui um dos lugares de consolidação da transferência (DOLTO, 2008, p. 55).

Em segundo lugar, o estabelecimento desse ambiente de confiança permite que a criação aconteça justamente por não se ter um plano preconcebido. A capacidade do analista de poder se surpreender, não se colocando no lugar do saber, promove mudanças subjetivas em seu analisando.

A dimensão relacional é um eixo importante para Ferenczi. Em seus artigos, isso fica muito claro ao fazer analogia entre a situação clínica e a relação dos adultos com a criança. Em *Adaptação da Família à Criança* (1928), *A Criança Mal Acolhida e sua Pulsão de Morte* (1929), *Análise de Crianças com Adultos* (1931) e *Confusão de Línguas entre os Adultos e a Criança* (1933). Ferenczi deixa claro sua concepção clínica e teórica, em que reconhece a importância do analista se adaptar às necessidades do paciente, referindo-se a especificidade de cada situação e não o paciente ser enquadrado em uma teoria, onde tudo o que ele diz ou faz já é percebido por uma lente distorcida, adaptando-o a uma teoria, onde se aniquila toda a dimensão criativa e ética. É a própria negação da alteridade.

O analista não transmite a seu analisando somente o que é verbalizado, mas seu corpo também comunica. Nesse campo transferencial construído pela dupla, as trocas afetivas se dão num nível intenso e sutil, de tal forma que se tornam o que de mais verdadeiro possa se apresentar e, portanto, o discurso só ganha valor de verdade se estiver consoante com o afeto experienciado:

Embora a psicanálise de temas pertinentes se baseie na verbalização, todo o analista sabe que, junto ao conteúdo das interpretações, a atitude por trás da verbalização tem sua própria importância, e que esta atitude se reflete nas nuances, no ritmo e em milhares de outras formas que podemos comparar à variedade infinita da poesia (WINNICOTT, 1996, p.85).

O analista, aqui comparado a um artesão da palavra, onde não só o conteúdo, mas a forma tem importância fundamental. Tal relação nos lembra o livro de Lígia Bojunga *Feito à Mão* (2005), em que ela recorda momentos de sua infância observando sua mãe costurar, a troca de olhares, sutileza nos gestos, o silêncio de sua mãe “a falar com os seus botões”, marcas que despertam na menina o desejo de mais tarde como escritora voltar a um tempo em que o que importa é o fazer à mão, o toque, o alinhar uma trama de sentidos que é o que numa análise vai se constituindo a quatro mãos.

No entanto, esse “alinhar” não está referido a um alinhamento de conteúdos, de sentidos ou significados, mas um alinhar no sentido de (re) criação de elos significativos. Esses elos foram quebrados ao longo de situações traumáticas, seja pela repetição de traumatismos, seja pela intensidade dos mesmos. O que faz a (re) ligação desses elos é a afetividade, ela sim é motor de mudanças significativas.

Segundo Winnicot (1955), ao lidar com a tendência regressiva, o analista deve se dispor a seguir o processo inconsciente do paciente, tanto na análise de uma neurose ou com pacientes mais regredidos, mas nesse último caso a ênfase do trabalho não é a interpretação e sim o que o autor chama de contexto:

O comportamento do analista, representado pelo que chamei de contexto, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver (WINNICOTT, 1955, p.395).

Winnicott (1955) salienta que o comportamento do analista, seu manejo corresponde ao contexto. Trata-se de construir na análise o ambiente suficientemente bom de adaptação às necessidades do paciente. O passado se presentifica, retorna em intensidade e valor original no presente. O analista é confrontado com a necessidade de integração de núcleos egóicos e da sua consolidação como um ego corporal. Alguns autores apesar de privilegiarem a

linguagem e o simbólico, comuns à tradição francesa, também reconhecem a importância da dimensão corporal, como Dolto, Nasio, entre outros. Michel Mathieu, um autor contemporâneo faz referência a essa questão em seu artigo:

A psicanálise está ancorada na linguagem, mas todo o seu processo investe uma experiência de comunicação que transcende a exclusiva capacidade simbólica das palavras. Para atravessar o campo do discurso, a mutação deve, às vezes, operar por intermédio do corpo (MATHIEU, 1997, p.199).

A intersubjetividade é um tema que tem sido desenvolvido por diversos autores, Ogden (1996), Figueiredo (2008b), Coelho Júnior (2008) para a compreensão e interpretação de fenômenos que ocorrem no processo transferência-contratransferência, entendido como campo de forças ou influências - campo transferencial.

O eixo transferência-contratransferência possui múltiplas possibilidades de estudo, pretendemos salientar a intersubjetividade ou mesmo a intercorporeidade, no sentido de que a comunicação entre o par analítico possa ser compreendida por um viés intensivo, singular, específico de cada par. Além disso, a análise se apóia em elementos da percepção consciente, pré-consciente e até mesmo inconsciente (Coelho Junior, 2008).

Sabemos que essas percepções não partem apenas do analista. Segundo Coelho Junior (2008), há um interjogo entre o par analista-analisando na qual se efetua uma série de percepções desde as percepções num nível consciente, amplo, até as percepções sutis, num nível pré-consciente e, até mesmo inconsciente. O analista, muitas vezes, capta sensações que não reconhece como suas, elas surgem de repente, a partir da chegada de determinado paciente, ou a partir da fala de determinado paciente. Essas sensações, segundo Coelho Júnior (2008), não estão muitas vezes condizentes com o discurso, mas com certeza com afetos inconscientes transmitidos pelo analisando.

No entanto, essa relação, como sabemos, é biunívoca, também o paciente capta formas sutis de expressão de afetos do analista. Independentemente de o paciente ficar ou não durante a sessão frente a frente com o analista. As pequenas percepções (GIL, 2005) acontecem também pelo lado do paciente.

Winnicott (1988) considera a atitude do analista, muito mais importante do que a interpretação para o estabelecimento da confiança, que é fundamental para a

clínica que descrevemos aqui. A possibilidade da confiança se estabelecer, salienta Ogden (1996) depende da percepção que o paciente faz a respeito da capacidade do analista de sentir os sentimentos do paciente em contraposição a vivenciar sentimentos semelhantes aos seus.

O paciente deseja ser compreendido, deseja sair do isolamento e da vivência de desesperança e solidão que o sofrimento causa. O paciente sabe de alguma forma que o que pode tirá-lo desse isolamento e do sentimento de desesperança é a percepção de que o analista se dispõe a sentir seu sentimento, se dispõe a estar na mesma sintonia afetiva que seu paciente. Ferenczi a esse respeito fala da necessidade do analista se “colocar no diapasão o doente” (FERENCZI, 1928, p.36). O corpo do analista como caixa de ressonância, aspecto já descrito anteriormente no trabalho. A temática da confiança é fundamental e será desenvolvida mais a frente.

Ogden (1996) considera a interpretação uma forma de relação de objeto e a relação de objeto, uma forma de interpretação. Além disso, considera a idéia de proporcionar um ambiente de *holding* virtualmente sinônimo do conceito de interpretação-em-ação no caso de pacientes graves.

A interpretação como criação de símbolos verbais é importante, mas nesse caso, a interpretação-em-ação é necessária, como modo de conduzir a análise que posteriormente poderá ser posta em forma verbalmente simbolizada (OGDEN, 1996).

A “interpretação-em-ação corresponde a comunicação que o analista faz ao analisando de sua compreensão de um aspecto da transferência-contratransferência, por intermédio de uma atividade outra que não a simbolização verbal” (OGDEN, 1996, p.104).

Ferenczi faz alusão ao fato de que mesmo as interpretações devem ter mais “o caráter de uma proposição do que uma asserção indiscutível” (FERENCZI, 1928, p.31). O analista pode estar equivocado, muitas vezes a teoria precisa ser ampliada ou modificada. A teoria deve estar junto, em suspensão, e não `a frente do par analítico Mannoni (1986), Casement (1986, 1992). A teoria, nesse sentido, é secundária à experiência. Além disso, é importante que o paciente se mantenha implicado ativamente em seu processo analítico, esse espaço precisa estar garantido.

Não podemos levar em conta no processo analítico a dimensão intrapsíquica somente, pois não se trata apenas da análise de fantasias ou movimentos pulsionais, mas do reconhecimento da intersubjetividade, da dimensão relacional presente desde sempre na história do paciente, marcando e constituindo seu corpo psíquico.

Ogden (1996) considera também que a eficácia do processo analítico vai depender da capacidade do analista de analisar a transferência-contratransferência. O paciente capta quando o analista transmite a ele a sensação de relutância ou incapacidade do analista enfrentar a transferência sendo ela positiva ou negativa.

4.2

O Paradoxo na Situação Analítica

O paradoxo é imanente à vida, é imanente à clínica, ocupa um lugar central na experiência analítica. Nosso interesse é focar o paradoxo na situação analítica a partir da relação que podemos estabelecer com uma das proposições teóricas de Winnicott: a noção de paradoxo intrínseco no conceito de fenômenos transicionais que ocorrem na relação entre sujeito e objeto. Essa análise é desenvolvida por Roussillon (2006) e nos ajuda na reflexão de fenômenos observados, ou melhor, vivenciados através da experiência clínica.

Na reelaboração, em 1971, do artigo *Objetos e Fenômenos Transicionais* de 1951, Winnicott apresenta a noção de paradoxo como central na utilização que a criança faz do objeto, ou seja, o paradoxo está presente no núcleo central da transicionalidade (ROUSSILLON, 2006).

Seguindo a concepção de Winnicott, apresentada no artigo citado, a experiência transicional e paradoxal só pode ocorrer num ambiente adaptado às necessidades do bebê, onde haja uma experiência de ligação e continuidade com as necessidades do bebê. É o que Roussillon chama de ambiente em homomorfia com a realidade interior, o que corresponde ao que Ferenczi desenvolveu em *A Adaptação da Família à Criança* (1928). É a partir da adaptação do ambiente às necessidades do bebê num primeiro momento que o desenvolvimento emocional pode se efetuar no sentido da integração. O ritmo e a forma desse processo devem acontecer em conformidade com as necessidades do bebê. O tempo e a gradação também são fundamentais. Com referência ao que desenvolve Winnicott sobre a

fase em que o bebê é ainda muito dependente dos cuidados e da presença da mãe, salientamos que a adaptação quase completa da mãe suficientemente boa às necessidades é o que possibilita que, aos poucos, o bebê possa lidar com as falhas ambientais e com as frustrações decorrentes da gradativa desadaptação materna e, por conseguinte, a perda da ilusão do controle onipotente.

Roussillon (2006), a esse respeito, salienta que é em presença da mãe que a criança começa a elaborar aos poucos as primeiras representações da ausência da mãe. Essa ausência precisa ser gradativa justamente para que seja suportável e, sendo assim, o bebê possa através da experiência de solidão paradoxal efetuar o descolamento das representações internas do objeto com o objeto real. Essa ausência não corresponde a uma ruptura, pois o elo de ligação se mantém e se renova numa intermitência que mantém a experiência de continuidade.

A noção de paradoxo para Winnicott está referida à área intermediária de experimentação feita pelo bebê que tem por base a excitação e a satisfação oral. O punho, os dedos que são levados à boca, a ponta da fronha, o ursinho de pelúcia, os balbucios, as entonações melódicas e um amplo leque de objetos que produzem sensações vão recebendo “significados”, formam representações que são significativas para o bebê. Representam uma primeira possessão, um registro que vai além da pura satisfação oral. Representam um modo de apreensão da realidade externa, que também é realidade interna, justamente por ser um modo singular, efeito de um passo próprio efeito de imaginação, criação, invenção e produção de um objeto.

Trata-se de um sentido próprio e único que é dado à experiência. O objeto é criado e, ao mesmo tempo, está lá. O leque de experimentação se amplia ao longo do desenvolvimento emocional do bebê. O modo de apreensão dos objetos e os sentidos que são criados à experiência dependem do contorno afetivo. Winnicott concebe esse espaço da experiência entre a realidade externa e a realidade interna, que se mantêm separadas e ao mesmo tempo inter-relacionadas, como espaço potencial, área intermediária entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido.

O foco de estudo de Winnicott não é especificamente o primeiro objeto, uma aquisição simples, mas a primeira possessão, e toda a complexidade paradoxal que lhe é inerente. Esse espaço potencial, espaço de criação, que se dá desde o uso que o bebê faz de algo macio, agradável ao toque, uma melodia,

qualquer objeto que o ajude a lidar com a ansiedade na hora de dormir, por exemplo, até aquisições mais complexas.

O fato de o objeto transicional representar algum objeto parcial e justamente não sê-lo abre espaço para a criação e ampliação do psiquismo do bebê. O bebê faz uso do objeto, experimenta sentimentos ambíguos de amor e ódio com relação a ele, explora diversas possibilidades que asseguram sua experiência de continuidade, por isso é importante para o bebê que seu objeto transicional seja mantido, que ele sobreviva às suas retaliações e ao mesmo tempo mantenha preservado o espaço de presença e ausência.

Segundo Winnicott (1975), “os fenômenos transicionais representam os primeiros estádios do uso da ilusão, sem os quais não existe, para o ser humano, significado na idéia de uma relação com um objeto que é por outros percebido como externo a esse ser” (WINNICOTT, 1975, p. 26).

Os fenômenos transicionais, paradoxalmente permitem a ilusão e ao mesmo tempo permitem a experiência de separação do objeto. É nesse contexto que a experiência criativa pode ser vivida.

A tarefa de aceitação da realidade nunca é completada, vivemos sempre na tensão permanente entre a realidade externa e interna. O alívio da tensão entre a realidade externa e interna é proporcionado pela área intermediária da experiência, área dos fenômenos transicionais, área do paradoxo criativo (WINNICOTT, 1975).

A transicionalidade ocorre no período na qual a dependência é relativa, representando o início da dissolução da unidade mãe/bebê (Garcia, 2010). A transicionalidade proporciona a experiência de perda da onipotência ou o desenvolvimento do sentido de realidade através da posse do não-eu. Essa negação é, paradoxalmente, o que permite a afirmação do eu como alguém distinto do objeto. O valor simbólico do objeto possibilita também a distinção entre fantasia e fato, além da aceitação da diferença e da similaridade.

O simbolismo do objeto transicional representa um desvio ou deslocamento e, ao mesmo tempo, uma ligação importante, um fio de continuidade no encontro com o objeto real. Quando o simbolismo é empregado, o bebê já distingue entre eu e não-eu, entre fantasia e fato, entre objeto externo e interno.

Nosso objetivo é trazer essas questões para a experiência clínica e refletir sobre o paradoxo presente na área intermediária, nesse espaço potencial também presente na situação analítica. A proposta é ver o campo transferencial como espaço de criação.

Durante algumas fases da análise há momentos de maior dependência do paciente ao analista ou ainda, há pacientes que vivem uma experiência regressiva na análise. O analista precisa estar atento à essa necessidade que, quando acolhida, produz um efeito importante de independização, possibilita gradativamente maior autonomia do paciente. Nesse sentido, Winnicott e Ferenczi fazem referência a necessidade que alguns pacientes têm de sessões mais prolongadas. A dependência é tal, que alguns pacientes, como lembra McDougall (1983), demonstram muita ansiedade frente ao afastamento do analista, por exemplo, no período de férias., esses pacientes vivem forte angústia pela experiência de separação que é vivida como uma experiência de ruptura, uma quebra na continuidade da existência. Isso decorre pelo caráter fusional da relação que vivem nessa fase de dependência absoluta na análise.

O estabelecimento do enquadre possibilita que as diversas dimensões que a transferência comporta podem se manter, se organizar e ser elaboradas. O enquadre organiza o feixe de forças que se estabelecem na situação analítica e possibilita que o paradoxo se mantenha. A situação analítica representa, ao mesmo tempo, união e separação, presença e ausência, interno e externo, intrapsíquico e intersubjetivo, passado subjetivo e presente.

O enquadre, no entanto, não precisa ser inflexível, rígido, não se trata desse limite, como um limite fixo que garante o trabalho analítico. Não somente com relação à duração de tempo da sessão, como também ao reconhecimento de fases em que o paciente precisa estar face- a- face, olhos nos olhos com o analista.

A disponibilidade emocional e a flexibilidade do analista estão em primeiro plano ao que Roussillon (2006) descreve como objeto subjetivo e ao que Ferenczi (1928) descreve como uma atitude afetiva consonante com o ritmo do paciente, sobrevivendo a toda intensidade da demanda possível a cada fase do processo analítico.

É, no entanto, um processo de dor compartilhada, difícil para ambos, atravessar esse percurso. Quando essas fases são ultrapassadas, quando o analista e o paciente conseguem atravessar essa ponte, a análise passa por mudanças, por

momentos de mutação, momentos de extrema vitalidade, efeito de vivências integradoras no processo analítico. A reação do paciente lembra a alegria de uma criança frente a uma primeira conquista, uma descoberta que o brincar compartilhado proporciona. Essas experiências correspondem ao que Ogden (1996) chama de interpretação-ação, cuja ênfase está na forma e não no conteúdo. São experiências reparadoras, intensas e genuínas, que marcam o psiquismo e não precisam ser traduzidas em palavras, elas falam por si. Talvez até por pertencerem a essa área intermediária do brincar, do espaço transicional como um paradoxo que precisa ser vivido, não explicado, como enfatizou Winnicott (1971).

Nessa vivência do bebê na relação com o objeto transicional, todo o corpo da criança, na dimensão sensorial e afetiva, está participando ativamente, seja através do tato, do olfato, da visão, da escuta de sons que produzem experiências de prazer ou desprazer. “O objeto transicional (tecido de lã, pedaço de pano que o bebê leva à boca ou com a qual se acaricia) se enraíza em certa qualidade da experiência, no interior da qual ele é a retomada deslocada” (ROUSSILON, 2006, p. 86).

Na análise, as experiências afetivas e corporais também estão presentes e atuantes, marcando o psiquismo do analisando e do analista. O espaço terapêutico como espaço da escuta, mas também do jogo compartilhado em analogia com a experiência do brincar desenvolvida por Winnicott.

4.3

Espaço e Tempo na Experiência Analítica

“A ciência é, com efeito, um desapontamento progressivo: no lugar do que é místico e singular, ela coloca sempre e por toda parte essa legalidade inflexível que, por sua uniformidade, provoca facilmente o tédio e, por seu curso coercivo, o desprazer” (FERENCZI, 1928, p. 26).

No artigo *Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico* (1954) Winnicott desenvolve importantes argumentações relacionadas à noção de espaço e tempo na experiência analítica.

Segundo Winnicott (1954) o que é fundamental nesse processo se origina no paciente e não em nós analistas. A análise não consiste apenas no exercício de uma técnica, mas na criação de condições para que esse processo se desenvolva e

é o paciente que indica o ritmo e o rumo desse processo. O reconhecimento da especificidade de cada paciente e a necessária adaptação da técnica analítica a essa especificidade é muito importante. “É possível realizar um tratamento possuindo apenas uma técnica limitada, e é possível, de posse de uma técnica muito sofisticada, fracassar completamente” (WINNICOTT, 1954, p.375).

Ainda nesse artigo, Winnicott descreve três tipos de pacientes. Os pacientes que apresentam dificuldades interpessoais, mas possuem um nível de integração egóica. Um segundo grupo formado por pacientes em que a personalidade começou a integrar-se e um terceiro grupo de pacientes que não apresentam a personalidade formada como uma entidade integrada. Nesse último caso, a análise lidará com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional anteriores à aquisição do status de unidade em termos de espaço-tempo.

Winnicott (1954) relaciona a necessidade desses pacientes à necessidade do bebê de asseguramento e consistência, possibilitados pelo colo materno na fase do desenvolvimento emocional primitivo.

Peixoto Júnior (2003) ao desenvolver reflexões acerca da teoria balintiana da regressão, lembra a importância dada por Balint ao apego, ao asseguramento e a tranquilidade na situação analítica da clínica, para que as condições matriciais de possibilidade do exercício simbólico sejam possíveis. O autor enfatiza que:

As qualidades afetivas que cercam tais condições estendem-se no tempo e no espaço, criando uma possibilidade de ilusão, não necessariamente simbolizável, à medida que não precisa ser transposta ou questionada. Isto porque a ilusão torna-se ela própria o espaço no qual o registro simbólico pode emergir (PEIXOTO JÚNIOR, 2003, p. 225).

A continuidade afetiva dos momentos de tranquilidade e quietude necessários para o desenvolvimento emocional primitivo seria vivida através do espaço transferencial. A principal tarefa, por assim dizer do analista é cooperar com o prosseguimento de um processo. A vivência integradora e o sentimento de unidade possibilitado pela construção de um espaço potencial na análise é a base para que a capacidade de desejar, de simbolizar se desenvolva.

As distorções ocorridas no desenvolvimento do psiquismo impediram o desenvolvimento da capacidade de desejar. Ao falarmos em pacientes regredidos, não podemos falar em desejo, mas em necessidade, pois como Winnicott (1954) lembra nesses casos a capacidade do indivíduo de “desejar” sofreu uma

interferência, e testemunhamos então o ressurgimento da causa original do sentimento de inutilidade, de irrealidade.

A atividade representativa, a capacidade de simbolização é prejudicada. O sentimento de vazio, a sensação de inutilidade e irrealidade derivam do desenvolvimento de defesas precoces, de um *falso self* que surge como proteção ao eu verdadeiro. O paciente muitas vezes vive o desamparo e desespero e precisa da presença consistente do analista. A intensidade dessas vivências aponta para a necessidade de uma clínica voltada para aspectos relativos à forma e não ao conteúdo, ao manejo e não restrito à atividade interpretativa.

Winnicott (1954) descreve o caso de uma paciente que apresentou muito cedo o desenvolvimento de um *falso self* e para que o tratamento fosse realmente efetivo, necessitava da vivência regressiva na análise:

Eu havia decidido no início que o movimento regressivo teria toda a liberdade, e em momento algum – salvo uma única vez ainda nos primeiros tempos – fiz qualquer tentativa de interferir na regressão, que seguia o seu próprio curso. (Essa única exceção consistiu numa interpretação dada por mim a partir do material que havia surgido, ligado ao erotismo e sadismo orais na transferência. A interpretação era correta, mas chegou seis anos cedo demais, porque eu ainda não acreditava inteiramente na regressão. Para minha própria segurança, eu precisava testar o efeito de pelo menos uma interpretação comum. Quando chegou o momento adequado para essa interpretação, ela não era mais necessária.) (WINNICOTT, 1945, p. 376).

O nível profundo das intensidades não simbolizadas não é atingido apenas com a palavra. Ela é importante, mas certos pacientes precisam de outras condições de acesso a essas vivências.

Os sentimentos de hostilidade intensos ganham espaço/tempo na transferência e podem ser elaborados. A raiva e o ódio pertencentes à situação da falha ambiental original são sentidos talvez pela primeira vez, nos diz Winnicott (1954). O analista é usado de um modo primitivo e positivo.

O processo analítico como vivência capaz de produzir mudanças subjetivas depende dessa qualidade afetiva que permite a regressão na análise e a vivência do luto próprio à falha básica. É, no entanto, um luto sem objeto e apresenta uma dimensão pacificadora e criativa. Peixoto Júnior (2003) afirma ainda que para Balint “o luto da falha básica não é uma verdadeira renúncia, mas

o reconhecimento de um sentido novo dado à vida” (PEIXOTO JÚNIOR, 2003, p. 228).

O intenso ressentimento e a agressividade sem objeto ganham um teor afirmativo “o que Balint acreditava poder mostrar, era que esta aparente incapacidade do paciente de admitir a realidade constituía a própria realidade de sua vida” (PEIXOTO JÚNIOR, 2003, p. 226).

Ferenczi considerava fundamental para que uma análise fosse um processo evolutivo visando à reconstrução da história infantil arcaica, a inclusão do eixo transferência-contratransferência como importante instrumento para o trabalho analítico. A noção de tato, ou seja, a faculdade do analista sentir dentro de si como o paciente está se sentindo e poder, a partir daí, fazer proposições que ajudem a ampliar o campo de investigação é o que possibilita ao analista ir junto com seu paciente, acompanhá-lo nesse processo, uma co-participação e não como mero espectador. Trata-se, portanto, de uma experiência vivida a dois.

Bion (1963) nos ajuda a pensar a respeito da atitude do analista ao se referir à importante capacidade de *rêverie* da mãe que recebe a projeção dos medos da criança e pode contê-los e transformá-los. A mãe-contidente aceita os temores da criança de um modo tal, que os mesmos são “desintoxicados” por ela e tal transformação permite que a criança retome esses sentimentos de uma forma tolerável.

A noção de espaço e tempo na experiência na análise possui múltiplas faces ou dimensões. Alguns autores têm se dedicado à compreensão do fenômeno de *rêverie* considerado como uma experiência pessoal e ao mesmo tempo uma construção intersubjetiva. Essa construção é fruto do que acontece no campo transferencial, efeito de algo singular que acontece no interjogo, algo que é do paciente e é do analista, mas, sobretudo algo que se constrói no “entre” o par analítico. Para Ogden (1996) esses devaneios trazem importante material inconsciente. São construções intersubjetivas inconscientes, geradas pelo analista e pelo analisando.

Ogden (2003) lembra que o analista tem uma dupla tarefa: estar receptivo às comunicações conscientes e inconscientes do analisando e, ao mesmo tempo, manter uma escuta para si mesmo, suas reações conscientes e inconscientes quanto ao que se passa na transferência-contratransferência. Não se trata de evitá-las, mas utilizá-las como instrumento para o trabalho analítico. O devaneio no

trabalho analítico é considerado por Ogden (2003) como uma bússola emocional. A “leitura” não é clara, é um trabalho que ele realiza na fronteira do sonho, porém é confiável, genuíno, pela sutil sintonia entre inconscientes. A experiência do analista e do analisando abrange toda a gama de sensações, emoções, fantasias e comportamentos.

Para Ogden (2003), o terceiro analítico surge a partir desse processo intersubjetivo. O analista capta sensações e sentimentos muitas vezes ainda não conscientes para o analisando que passam a ser experienciados, ou traduzidos por uma vivência intersubjetiva. O analista acolhe as projeções dessas sensações, fantasias e sentimentos intensos do analisando.

Segundo Safra (1995), o analista ao receber as identificações projetivas de seu analisando, transforma os elementos compostos de sensorialidade e sensação em elementos passíveis de serem pensados e interpretados.

Ogden (2003) considera a identificação projetiva um processo intrapsíquico e interpessoal e é a partir dela que surge o terceiro analítico.

Na obra de Freud, são raríssimas as passagens em que faz referência à contratransferência. Podemos afirmar que essa referência é sempre sob uma perspectiva de cuidado e evitação frente à possível influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do analista. Ele ressalta também a importância do analista se submeter a uma análise para que seus complexos e resistências internas não o impeçam de ir além, no processo analítico de seu paciente (Laplanche, 1995).

Por outro lado, alguns indícios com relação à comunicação inconsciente são comentados por Freud sem, no entanto, receberem ênfase. Laplanche (1995) cita duas passagens do texto freudiano a respeito da atenção flutuante na qual a temática da comunicação inconsciente é citada, mas não desenvolvida. O texto freudiano sugere que essa comunicação poderia ter motivações internas do analista. Diante disso, Freud preconiza a análise didática e a auto-análise da contratransferência.

Coelho Júnior (2008) salienta, no entanto, que as motivações inconscientes do analista poderiam ser afetadas por motivações inconscientes de um outro. Seriam formas infraverbais de comunicação que estariam nesse interjogo entre analista e analisando.

É a partir da ampliação do campo psicanalítico para o atendimento a pacientes psicóticos e crianças que as noções e implicações do eixo transferência-contratransferência ganham destaque, principalmente a importância da contratransferência a partir da noção de tato, de empatia desenvolvida por Ferenczi.

O analista capta as sensações, os sentimentos, as angústias que muitas vezes não puderam ser expressadas, sequer reconhecidas, como a raiva, o ódio.

A noção de espaço transicional de Winnicott nos ajuda a pensar sobre o “entre” analista e analisando como espaço de criação nesse interjogo. Além disso, há um aspecto dessa dimensão afetiva ou intersubjetiva que queremos explicitar e nos apoiamos nas observações desenvolvidas por André Green em seu artigo *Transferência e Contratransferência*:

Conforme a epistemologia moderna, a relação entre dois termos é algo mais que a soma dos atributos de cada um dos objetos que entram na composição da relação. Algo mais e algo diverso. É o que caracteriza a sessão de análise quando o processo está em curso. Ela tem a marca de uma qualidade impossível de definir ou descrever a não ser de forma imperfeita, não somente por estarmos a nos referir a uma qualidade afetiva indizível tocante a natureza íntima da troca, mas também por nos encontrarmos aqui, um pouco como diante do princípio da incerteza de Heisenberg, na impossibilidade de definir a uma só vez a partícula e a onda. Tal é o paradoxo do analista que poderá, na sessão, ressentir-se da presença do analisando, porque, caso ele lá não estivesse, seria possível assentar no papel os pensamentos ricos e fecundos que a situação o impede de registrar. E quando, enfim, encontra-se só, tentando tomar consciência do que sucedeu numa sessão mesmo recente, lastima que o paciente não esteja mais ali para reavivar suas lembranças e dar a elas o caráter vivo que sua presença lhes confere (GREEN, 2008, p. 77).

Essa qualidade afetiva indizível é algo que tem uma dimensão que pode ser considerada como sagrada, nos aproxima da arte, é como pura criação. Só o riso ou melhor uma boa risada ou as lágrimas em outros momentos são as reações frente a esse algo indizível que se cria, que surge e que surpreende. Talvez o artista possa transmitir essa experiência melhor. Para tal, utilizamos as palavras do artista plástico Vik Muniz que ao dar uma entrevista num programa do canal Futura, disse que o mais importante na arte é a transformação, ou melhor, o momento da transformação. Não importa o material utilizado, afirmou ele, nem a idéia a que se chega, mas esse entre, esse espaço-tempo, momento sutil, em que o material se transforma em imaterial, se transforma em uma idéia.

Na análise, esses momentos que surgem espontaneamente, efeito de vivências carregadas de intensidade, momentos em que algo diverso e diferente surge e de um processo cuja base é a confiança talvez sejam pontos de aproximação do processo analítico com a arte por seu caráter intenso, surpreendente e genuíno, momentos mutativos assim descritos por Gilberto Safra (1995).

Segundo Safra (1995) os momentos mutativos ocorrem quando o paciente sente que seu analista lhe dá *holding*, o paciente sente que há espaço para expor uma necessidade que não foi atendida em seu desenvolvimento. O analista satisfaz de forma simbólica essa necessidade, possibilitando o encontro dessa necessidade com o objeto procurado.

A vitalidade desse momento tênue que marca o psiquismo do analisando e do analista é algo talvez muito mais da “ordem da motricidade, da troca gestual, que vibra e organiza mutações às quais a fala plena e nua não saberia levar” (MATHIEU, 1997, p.199).

Esse momento de criação ou de mutação, tanto para o analisando, como para o analista, produz um sentimento que lembra o que Winnicott chamou de “substância da ilusão” (WINNICOTT, 1951, p.318). Algo que se produz numa área intermediária, uma experiência ilusória que se dá entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido. A experiência de ilusão é fundamental, inclusive para a aceitação da realidade, tarefa que nunca é completada.

O espaço-tempo “tecido”, conquistado, compartilhado pela dupla analítica representa uma ampliação, uma possibilidade de movimento psíquico para ambos, é uma construção a dois de novos sentidos. Tempo e espaço, duas dimensões importantes que dão corpo, substância, consistência ao processo analítico.

5

Considerações Finais

“A essência do trabalho psicanalítico é ter formas específicas de funcionamento simbólico, pulsional e afetivo, em que possamos saber intuir, acolher o que o outro está dizendo de um lugar inteiramente diferente do nosso, para saber o que ele quer nos dizer, o que quer de nós e por que ele nos escolhe como interlocutor... Por que essa escolha é feita sobre mim, que tipo de exigência é feita à minha subjetividade e ao meu corpo?” (BIRMAN, 1996, p.67-68).

No decurso do processo analítico não somente as associações verbais nos ajudam a entrar em contato com a via que leva ao inconsciente. Passo a passo, analista e analisando, através da transferência e a partir da crescente possibilidade de se constituir uma experiência de confiança que permeie esse campo transferencial, que é um campo afetivo, vão entrando em contato com novas formas, novos índices significativos, relativos à história de vida, mais precisamente, à infância precoce registrada em uma memória corporal. Essa memória corporal se constitui por meio de sensações intensas, marcantes, não significadas, não representadas através da palavra, mas que mantém uma intensidade pungente, atuante, porém, muitas vezes, muda, silenciada. Essa história, no entanto, está marcada no corpo.

Os pacientes que apresentam dificuldade de expressão pela via representacional, ou mesmo, certos momentos numa análise indicam que há a necessidade de se incluir novas possibilidades técnicas e, por conseguinte, uma ampliação teórica, indicam a necessidade da escuta do corpo.

Fontes (2010) considera que a dimensão corporal da transferência cria condições de acesso à experiência sensorial precoce do analisando, na qual o inominável pode receber significação. A autora sugere que as associações de sensações sejam também incluídas no trabalho analítico e não apenas a associação de idéias. Algo que está presente, mas não restrito à lógica discursiva. Essas sensações estão ligadas a afetos, a experiências afetivas não significadas que precisam receber um sentido na análise.

Entrar em contato com essa via reveladora do inconsciente, com esses registros sensoriais que fazem parte da história do analisando e possibilitar que sejam desveladas exige do analista disponibilidade emocional. A conquista desse

campo transferencial, desse espaço que é interno, mas também é externo, é, na verdade, uma conquista de ambos. O analisando também observa as ações e reações do analista, percebe também através de certas sutilezas como o olhar, o tom de voz e toda a comunicação verbal e não-verbal presente e atuante, principalmente em momentos mais regressivos na análise.

A presença sensível do analista permite que a confiança, que é fundamental para o processo analítico, possa se constituir. Entendemos como presença sensível o analista não invasivo, que oferece o espaço e tempo necessários ao analisando, que reconhece sua alteridade e através de sua presença e manejo possibilita a criação de um espaço na qual é possível o brincar espontâneo (Winnicott, 1971), que decorre entre outros fatores da percepção pelo analisando da atitude sincera do analista (Ferenczi, 1927).

O analista capta as sensações que emanam através dos movimentos corporais, das posturas, dos gestos, das palavras e também através do silêncio. Em alguns momentos esses indícios correspondem, dão contorno ao conteúdo expresso por meio do discurso lógico, mas nem sempre. Em outros momentos podemos captar a dissociação entre o que é revelado através do corpo e o conteúdo das palavras. A entonação, o ritmo, as pausas, a própria respiração revela o que muitas vezes escapa ao conteúdo expresso na linguagem verbal.

Essas sensações que estão presentes no campo transferencial, que emanam e são comunicadas por nosso analisando são muitas vezes extremamente sutis, captadas como um certo clima, uma onda de sensação intensa que preenche o espaço analítico. O analista capta esse clima, capta essa gama de sensações intensas e procura metabolizá-las, transmite a seu analisando através de proposições, como questão e não através de afirmações que fechariam o vínculo comunicativo, encerrariam a investigação ou até mesmo representariam um desvio, uma interpretação invasiva. É, acima de tudo, necessário que o analista acompanhe seu analisando nesse processo, mas sem atitude diretiva. É necessário que o analista não roube a chance de seu analisando poder chegar por ele mesmo a sua descoberta, que terá um sentido próprio, uma conquista verdadeiramente significativa a respeito de si, de sua história.

O analista, portanto, vai até onde o analisando pode receber essa metabolização. O ritmo desse processo é dado pelo analisando. O importante não

é a interpretação que pode ser dada, mas o efeito das proposições feitas pelo analista, através dessa experiência compartilhada que gera movimento psíquico.

Os sentidos são então construídos passo a passo. Não por efeito de uma interpretação que vem do analista que soaria muitas vezes como uma palavra vazia ou mesmo invasiva, mas um sentido que é dado pelo analisando a partir dessa experiência compartilhada, um trabalho de troca, um dar e receber que se mantém vivo através de uma base afetiva.

A dimensão afetiva é fundamental no processo analítico, ela dará condições de acesso ao que está silenciado, ao inominável que pode receber um sentido através da experiência regressiva na análise.

Em 1924, Ferenczi preocupado com o distanciamento da teoria psicanalítica do fator técnico terapêutico, aponta para a necessidade de se engendrar uma clínica em que a história infantil arcaica pudesse ter espaço na análise, pudesse ser acolhida e reconstruída.

Figueiredo (2010) desenvolve em seu artigo sobre a tradição ferencziana de Winnicott uma importante descrição de aspectos relativos à regressão terapêutica. A concepção teórico-clínica de Ferenczi a respeito dos processos regressivos se distancia, como ressalta Figueiredo (2010), da concepção de Freud, pois não aponta para a morte ou zero de tensão e também se distancia da visão kleiniana de uma destrutividade congênita. Para Ferenczi, a regressão aponta para uma passividade no sentido de retorno às formas primordiais de vida, descrita em Thalassa (1924).

Essa visão da experiência regressiva é explorada por Winnicott através da noção de “regressão à dependência”. Figueiredo, ainda nesse artigo, nos diz que a regressão para Ferenczi está muito ligada às experiências traumáticas:

Os traumas – choques inesperados geram rupturas no ego (no self, na continuidade do ser) – exigem para a sua “liquidação” uma renovação de experiências vitalizantes a serem procuradas no plano de um movimento de retorno no ambiente primário - daí a noção de regressão materna ou thalássica - uma regressão ao seio do ambiente líquido em que a vida surgiu (FIGUEIREDO, 2010, p. 11).

As vivências traumáticas quando seguidas por experiências que correspondam a um retorno de um estado de paz, proteção, amparo, “colo” que nutre e protege, podem vir a se tornar, pelo menos parcialmente, vivências

estruturantes, pois puderam ser ultrapassadas como algo que fez parte da história vivida e de alguma forma significada.

O trauma, na concepção ferencziana, deixa de ser estruturante e se torna patogênico quando o ambiente não oferece condições de uma experiência reparadora, quando a regressão não é possível. Ferenczi ressalta o fator exógeno na questão traumática: o desmentido pelo adulto. A negação do acontecimento imposta pelo adulto ratifica o total esvaziamento de sentido, a fragmentação vivida na absoluta solidão e no abandono real do adulto próximo na qual a criança depositara confiança.

A consequência para o psiquismo, ou melhor, para o psicossoma da criança em formação, é a fragmentação e a formação de defesas muito primitivas baseadas em clivagens.

As diversas modalidades de retorno à quase morte como forma de manutenção da vida, seja pelo mimetismo puro, pela identificação com o agressor, pela autotomia (em que partes são descartadas para que o resto sobreviva) e pela autoanestesia, sempre estiveram no foco ferencziano em seus trabalhos clínicos com os pacientes traumatizados e em suas teorias a respeito (FIGUEIREDO, 2010, p. 14).

As clivagens e dissociações correspondem à defesa possível encontrada pela criança traumatizada pela impossibilidade de regressão à dependência em um ambiente confiável. A noção de regressão à dependência, segundo Figueiredo (2010) se baseia na concepção de dependência absoluta desenvolvida por Winnicott.

A fase de dependência absoluta corresponde ao período em que a provisão do ambiente é fundamental e de tal forma que representa um alto grau de adaptação do ambiente ao bebê, uma adaptação sensível por parte da mãe às necessidades do bebê possibilita a experiência de continuidade de ser. Winnicott nos diz a respeito das necessidades do ego na dependência absoluta: “ninguém é capaz de segurar um bebê a menos que seja capaz de se identificar com ele” (WINNICOTT, 1963d, p.82).

No processo analítico, alguns pacientes precisam desse “colo” que assegure a continuidade de ser, que transmita a sensação de amparo consistente, propiciando uma experiência significativa e restauradora. Ferenczi considera

imprescindível um processo regressivo para restaurar falhas disruptivas que ocorreram no início da vida.

Figueiredo (2010) lembra que há, na concepção ferencziana, uma possibilidade de restauração no sujeito traumatizado, uma possibilidade nova em que “instintos vitais organizadores” podem ser despertados.

O autor contribui a respeito ao afirmar a importância do paciente atravessar um movimento regressivo como possibilidade do resgate de uma confiança básica em contraste com atitudes defensivas extremadas e posições de ambivalência e sofrimento que impedem a própria capacidade de representação (Figueiredo, 2009).

A citação no início dessa parte do trabalho nos ajuda a relevar alguns pontos desenvolvidos que têm sido estudados e compõem a reflexão desenvolvida por autores contemporâneos, e que trazem, sobretudo, a marca da contribuição ferencziana, como salienta Birman (1996).

A escuta analítica e todo o amplo e complexo espectro que envolve o trabalho analítico parte do reconhecimento ético da singularidade de cada sujeito e de cada encontro em particular, o que significa que o caminho trilhado não é previamente estabelecido, não é preconcebido, mas se constitui a cada passo, onde o permanente questionamento é fundamental. Tal questionamento, fruto de impasses e mesmo da angústia presente nesse processo, se contrapõe a qualquer dogmatismo, a qualquer doutrinação. Esse caminho é também um percurso de descobertas e de revivências, na qual o estranho e o familiar, o possível e o impossível mantêm a permanente tensão e instabilidade próprias desse interjogo.

A escuta e o acolhimento são importantes para a clínica do sensível. A escuta analítica precisa incluir a linguagem que o corpo comunica. Corpo que contém uma história que se mantém viva e atuante. “Em realidade o corpo já estava lá onde a história se fazia. O corpo é testemunha de todas as circunstâncias vividas pelo indivíduo. Ele não esquece e mantém a memória do acontecimento” (FONTES, 2010, p.16).

O acolhimento dessa linguagem pelo analista, dessa memória corporal, possibilita a ampliação e o aprofundamento do campo de investigação na experiência analítica, possibilita também ao analista estar receptivo e sensível para intuir e captar outros índices significativos de comunicação e não somente a linguagem verbal.

A subjetividade, o corpo do analista capta, acolhe as múltiplas expressões presentes no campo transferencial, sensações muitas vezes relativas a sentimentos, angústias não traduzíveis em palavras, permeadas por uma atmosfera somente “passível de ser sentida” (ROZENTHAL, 2009, p. 245).

O ritmo, o momento de fazer proposições estará de acordo com o ritmo próprio de seu analisando, de seu momento no processo analítico. Reconhecer essas particularidades, mas ao mesmo tempo poder mantê-las num processo dinâmico e vivo é primordial. A sensibilidade do analista para reconhecer essas sutilezas, poder estar atento ao ritmo de seu analisando, poder acompanhá-lo nesse processo é muito importante. O analista coloca-se como “agente propiciador de um campo intensivo com potencial de engendrar a mudança do cenário transferencial” (Rozenhal, 2009, p. 245).

Essa sintonia criada pela dupla analítica permite a vivência de uma tranquilidade, talvez nunca experienciada antes. É também o que permite o estabelecimento crescente da confiança. Essa base estruturante da relação analítica cria espaço para uma experiência que torna desnecessário o emprego de certas defesas e possibilita o brincar criativo (Souza, 2003).

A referência ao que Winnicott nos diz sobre o brincar espontâneo inclui também as falhas presentes no processo analítico e, sobretudo, torna essa vivência significativa e verdadeira para ambos. De qualquer forma, cabe salientar que as falhas são necessárias, estão presentes sempre, mas são suportáveis na medida em que uma base de confiança pôde ser estabelecida e a dependência pôde deixar de ser absoluta. Passar por essa experiência possibilita um novo começo.

Referências bibliográficas

ANZIEU, D. **O Eu-Pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.

———. **O Pensar do Eu-Pele ao Eu-Pensante**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

AULAGNIER, P. **A Violência da Interpretação Do Pictograma ao Enunciado**. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

BALINT, M. **A Falha Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

———. **As Experiências Técnicas de Sándor Ferenczi: Perspectivas para uma Evolução Futura**. In: Obras Completas- Sándor Ferenczi. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BION, W. **Elementos de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

BIRMAN, J. **Freud e Ferenczi: Confrontos, Continuidades e Impasses**. In: Ferenczi: História, Teoria, Técnica. São Paulo: Ed. 34, 1996.

BOJUNGA, Lygia. **Feito à Mão**. Rio de Janeiro: Casa Lygia Bojunga, 2005.

BOKANOWSKI, T. **Sándor Ferenczi**. São Paulo: Via Lettera, 2000.

CINTRA, E. As Funções Anti-traumáticas do Objeto Primário: Holding, Continência e Réverie. Rio de Janeiro: **Tempo Psicanalítico**, SPID, v. 35, p.37-55, 2003.

COELHO JÚNIOR, N. Formas de Comunicação e Intersubjetividade e em Psicanálise. In: _____, FIGUEIREDO, L.C. **Ética e Técnica em Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2008.

———. Trauma, Cisão e Simultaneidade. **Tempo Psicanalítico** - SPID, nº35, p. 75-91 - Rio de Janeiro, 2003.

COUTINHO, A. A Escuta Analítica, O Corpo e a Contemporaneidade. **Tempo Psicanalítico** – SPID, nº40, v. 2, p. 307- 326, Dez/2008.

CASEMENT, P. **Aprendendo com o Paciente**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

———. **Aprendendo ainda mais com o Paciente – Espaço e Processos Analíticos**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

DOLTO, F. **Tudo é Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

———. **A Imagem Inconsciente do Corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

DOLTO F.; NASIO, J. D. **A Criança do Espelho**. Rio de Janeiro: Zahar 2008.

DUPONT, J. **Introdução**. In: Ferenczi - Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FAIRBAIRN, R. **Estudos Psicanalíticos da Personalidade**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

FÉDIDA, P. **Nome, Figura e Memória – A Linguagem na Situação Analítica**. São Paulo: Escuta, 1992.

FERENCZI, S. **Transferência e Introjeção**. (1909). In: Obras Completas, Psicanálise I. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

———. **O Desenvolvimento do Sentido de Realidade e seus Estágios** (1913). In: Obras Completas, Psicanálise II. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Thalassa, Ensaio sobre a Teoria da Genitalidade** (1924). In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

———. **Perspectivas da Psicanálise** (1924). In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Contra-indicações da Técnica Ativa** (1926a). In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo, 1992.

———. **O Problema da Afirmação do Desprazer** (1926b). In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **O Problema do Fim de Análise** (1927). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Elasticidade da Técnica Psicanalítica** (1928). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **A Adaptação da Família à Criança** (1928). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **A Criança Mal Acolhida e sua Pulsão de Morte** (1929). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Princípio de Relaxamento e Neocatarse** (1930). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Análises de Crianças com Adultos** (1931). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Os Dois Extremos: Feliz Credulidade e Ceticismo** (1932). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Confusão de Língua entre os Adultos e a Criança** (1933). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. **Diário Clínico**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FIGUEIREDO, L.C.; COELHO JÚNIOR, N. **Ética e Técnica em Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2008 a.

FIGUEIREDO, L. **Elementos para a Clínica Contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2008 b.

_____. **As Diversas Faces do Cuidar**. São Paulo: Escuta, 2009.

_____. A Tradição Ferencziana de D. Winnicott - Apontamentos sobre Regressão e Regressão Terapêutica. Porto Alegre, Disponível em: <http://www.joseouteiral.com.br/textos/DEFERE.doc> Acesso em: 28 nov. 2010.

FONTES, I. **Memória Corporal e Transferência – Fundamentos para uma Psicanálise do Sensível**. São Paulo: Via Lettera, 2002.

_____. **Psicanálise do Sensível - Fundamentos e Clínica**. São Paulo: Idéias e Letras, 2010.

FREUD, S. **Projeto para uma Psicologia Científica** (1895). In: FREUD, ESB, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Estudos sobre a Histeria** (1893-1895). In: FREUD, ESB, vol.II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess – Carta 69** (1897) In: FREUD, ESB, vol.II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **O Ego e o Id** (1923). In: FREUD, ESB, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Inibições, Sintomas e Ansiedade** (1926 [1925]). In: FREUD, ESB, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA, C. O Conceito de Ilusão em Psicanálise: Estado Ideal ou Espaço Potencial? In: _____; CARDOSO, M. **Entre o Eu e o Outro - Espaços Fronteiriços**. Curitiba: Juruá, 2010.

GARCIA-ROZA, L.A. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

GIL, J. **A Imagem-Nua e as Pequenas Percepções**. Lisboa: Relógio D'água, 2005.

_____. **Metamorfoses do Corpo**. Lisboa: Relógio D'água, 1997.

GOLSE, B. **Sobre a Psicoterapia Pais-Bebê: Narratividade, Filiação e Transmissão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GREEN, A. **O Discurso Vivo – Uma Teoria Psicanalítica do Afeto**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982.

- . **Sobre a Loucura Pessoal**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- . **Conferências Brasileiras: Metapsicologia dos Limites**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- . **Orientações para uma Psicanálise Contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008.
- KUPERMAN, D. **Presença Sensível**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- LEBOVICI, S. **O Bebê, a Mãe e o Psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- MAIA, M. **A Máquina de Expressão: Corpo, Subjetivação e Clínica Psicanalítica**. In: Formas de Subjetivação. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- MANNONI, M. **A Teoria como Ficção: Freud, Groddeck, Winnicott, Lacan**. Rio de Janeiro: Campus, 1986.
- McDOUGALL, J. **Em Defesa de uma certa Anormalidade – Teoria e Clínica Psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- . **Um Corpo para Dois**. In: Conferências Brasileiras. Boletim Científico da SBPRJ, vol.1, Rio de Janeiro: Xenon, 1987.
- . **Teatros do Corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- MATHIEU, M. et al. **Do que foi lavrado o ato**. In: Psicanálise e Linguagem - Do Corpo à Fala. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- MEZAN, R. **O Símbolo e o Objeto em Ferenczi**. In: Ferenczi: História, Teoria, Técnica. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- NASIO, J. **Meu Corpo e suas Imagens**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- OGDEN, T. **Os Sujeitos da Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- . **Trabalhar na Fronteira do Sonho**. In: Psicanálise Contemporânea-Revista Francesa de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- . **Esta Arte da Psicanálise – Sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PERESTRELLO, M. Prefácio à Edição Brasileira. In: **Correspondência Sigmund Freud & Sándor Ferenczi**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

PEIXOTO JÚNIOR, C. A Atualidade Teórica e Clínica do Pensamento de Michel Balint. **Alter - Jornal de Estudos Psicanalíticos**, vol. XXII, n. 2, p. 215-229, dezembro/2003.

REIS, E. **De Corpos e Afetos – Transferências e Clínica Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

ROUSSILLON, R. **Paradoxos e Situações Limites da Psicanálise**. São Leopoldo: Unisinos, 2006.

ROZENTHAL, E. O Cuidado de si e o Cuidado do Outro. In: SCHARGEL, M. (org.). **Por uma Ética do Cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

SABOURIN, P. **Prefácio: Vizir Secreto e Cabeça de Turco**. In: Ferenczi - Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. **Ferenczi, Paladino e Grão-Vizir Secreto**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SAFRA, G. **Momentos Mutativos em Psicanálise - uma Visão Winnicottiana**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SOUZA, O. Trauma, Defesa e Criatividade. **Tempo Psicanalítico**, SPID, v.35, p.115-135, 2003.

STERN, D. **O Mundo Interpessoal do Bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **A Constelação da Maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. **O Momento Presente na Psicoterapia e na Vida Cotidiana**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

TUSTIN, F. **Autismo e Psicose Infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Estados Autísticos em Crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. **A Perpetuação de um Erro**. In O Autismo- Letra Freudiana. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

WINNICOTT, D. **Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil (1960a)**. In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. **Distorção do Ego em termos de Falso e Verdadeiro “Self” (1960b)**. In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. **A Integração do Ego no Desenvolvimento da Criança (1962)**. In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos** (1963a). In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Distúrbios Psiquiátricos e Processos de Maturação** (1963b). O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **O Desenvolvimento da Capacidade de se Preocupar** (1963c). O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Da Dependência à Independência no Desenvolvimento do Indivíduo** (1963d). O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **A Comunicação entre o Bebê e a Mãe e entre a Mãe e o Bebê: Convergências e Divergências**. In: Os Bebês e suas Mães. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

———. **Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais**. In: O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

———. **A Mente e sua Relação com o Psicossoma** (1949). In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

———. **Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico** (1954). In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

———. **Formas Clínicas da Transferência** (1955). In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZORNIG, S. A Corporeidade na Clínica: Algumas Observações sobre os Primórdios do Psiquismo. **Tempo Psicanalítico – SPID**, nº 40, v. 2, p. 327-337, Dez/ 2008.