

VERA LUCIA C. MARINHO DE CARVALHO

ATITUDE TERAPÊUTICA

A pessoa real do analista na relação clínica

**Tese apresentada à Banca Examinadora da
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção de
título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob
orientação do Prof. Doutor Gilberto Safra.**

**PUC/SP
2001**

Comissão Julgadora:

Torise Aulbyberg

Harald Kyrkjedalen

Gulab Sof

Agradeço

Aos meus pais, filhos e marido,
fontes permanentes de inspiração.

Aos grupos de estudo, espaços potenciais
valiosos, nos quais estou sempre me experimentando.

A todos os mestres,
Aos meus pacientes, pelo constante aprendizado.

Ao meu orientador, pelo caminho,
pelo carinho.

RESUMO

Inicialmente faço uma descrição do começo da minha jornada na profissão, apontando quais foram as inquietações e os primeiros interesses suscitados, assim como os autores que já então influenciavam minha reflexão e modo de trabalhar. A natureza de tais inquietações, mais do que dizer respeito ao campo do conhecimento da teoria, seguia em outra direção: quais os outros elementos terapêuticos para além da técnica e teoria que, enquanto analista, eu poderia oferecer, em relação à demanda do paciente? O que se impôs foi a necessidade do aprofundamento da reflexão sobre os outros fenômenos que se referiam ao fato de eu estar ali, me oferecendo como possibilidade de novas experiências relacionais, mas algo fora do binômio da transferência-contratransferência. Assim a atitude, a qualidade da presença do analista e sua singularidade foram se colocando como temas fundamentais.

A partir daí, a pessoa real do analista, como núcleo da atitude terapêutica, passa a ser a questão central da elaboração deste ensaio. O encontro entre dois seres humanos na situação analítica nos coloca no campo da ética, antes da técnica. Para a apresentação destas noções é feita uma articulação sobre o lugar do analista na clínica, seu modo de ser incluído na técnica como a condição ética da situação. A questão aqui proposta é ilustrada com a descrição de um caso clínico.

ABSTRACT

I begin this paper by describing my initial steps in the profession, pointing out which were the most disquieting questions and interests that were arisen at first within myself, while at the same time I name the authors who already influenced my ways of thinking and working in psychoanalysis then. The nature of those questions, more than the connection they bore upon the field of theoretical knowledge, was already following a different path: which other different therapeutical elements, besides technique and theory, I could be offering in the quality of a psychoanalyst, that could meet the patient's demands? The need for a deep thinking about the other phenomena related to the fact of my being there, offering myself as another possibility of a new experience of relationship, imposed itself, albeit as something apart from the binomial transference-counter-transference. Thence, the attitude and the quality of a psychoanalyst's presence and singularity were gradually borne in on me as fundamental themes. Departing from that milestone, in the elaboration of this paper the real person of the psychoanalyst as the nucleus of a therapeutical attitude was placed in central position. The encounter of two human beings in the psychoanalytical setting is given a place in the field of ethics before the technique. To present those notions a discussion about the psychoanalyst's place in the clinical setting is undertaken, and his own way of being included

in technique, as a ethical condition. The question I put forward here will be illustrated through a description of a patient's clinical case.

ÍNDICE

	pg
Resumo	1
Abstract	2
Introdução.....	4
I. Transferência e Contratransferência A técnica na clínica psicanalítica.....	20
II. A Originalidade no pensamento de D. W. Winnicott	65
III. O Encontro Humano A ética na clínica psicanalítica	103
IV. Considerações Finais	127
Referências Bibliográficas	130

- INTRODUÇÃO -

Este trabalho teve sua origem em meu percurso no exercício da clínica psicanalítica.

A experiência da clínica psicanalítica, no meu modo de pensá-la, nos coloca longe de quaisquer reflexões baseadas na concepção de causa e efeito, em busca de leis que afirmem uma verdade a respeito do comportamento humano ou do funcionamento do seu psiquismo.

O analista, tanto quanto o paciente, são indivíduos que chegam à situação de análise cada um com sua bagagem histórica, social, cultural e sua história psicológica. Ambos são fruto da interação com os fatos de suas trajetórias, em seu meio. Esta interação inclui, portanto, a constituição da realidade subjetiva de cada um. O encontro analítico irá envolver uma relação interpessoal e duas subjetividades, com uma comunicação através de uma linguagem absolutamente peculiar, determinada por esta situação. A peculiaridade desta comunicação estará assentada na condição dinâmica que este encontro promove. Ou seja, se de um lado temos a argumentação dialogada, a discussão, de outro temos movimentos que ocorrem sob a

influência de uma série de elementos difíceis de serem nomeados, mas que atuam na situação durante todo o tempo.

Desde o início da caminhada na profissão, reconheço em mim um inquietante sentimento que envolve a sua prática. Nos meus primeiros passos na clínica me vi, muitas vezes, onipotentemente instalada numa solidão desconfortável, na qual pensava que só eu é que não compreendia, exatamente, o que se passava naquele atendimento. Este estado foi sendo substituído por uma outra qualidade de tolerância em relação ao não saber, eu diria menos aflita, a partir da minha própria experiência de análise, de um aprofundamento teórico, dos encontros com supervisores competentes e generosos, que mantinham comigo um diálogo vivo, sem arrogância, e dos grupos de estudos nos quais me mantenho até hoje.

Mas a inquietação continuava lá e fui percebendo, ao longo do exercício da função, motivada, em primeiro lugar, por algo que entendo ser da ordem do vocacional, que a natureza desta inquietação não dizia respeito ao campo do conhecimento da teoria. Para mim era um fato absolutamente misterioso, como tudo o que eu imaginava ter apreendido da teoria e da técnica psicanalítica, quase que se desvanecia no momento em que o paciente entrava em minha sala e se colocava, concretamente, diante de mim. Assim mesmo, o desejo e a possibilidade de praticar a clínica, iam criando o que eu

poderia chamar de uma identidade de “ser analista”, incluída numa situação intensa e multifacetada.

A pretensão de dissecar teoricamente tal situação, que eu pensava estar na base da minha inquietação, foi dando lugar a novas questões: quais eram os outros elementos terapêuticos daquela situação, além da almejada interpretação? O quê eu realmente oferecia, ou poderia oferecer, na direção da demanda do paciente? O que ia se impondo era um aprofundamento da reflexão sobre os outros fenômenos que se referiam ao fato de eu estar ali, me oferecendo como possibilidade de novas experiências relacionais, mas algo fora do binômio tradicional da transferência-contratransferência. Se isto aliviou parte daquela inquietação, agora mais conhecida, por outro lado me vi lançada num campo enorme de novas indagações e angustias referentes à dinâmica entre paciente e analista. Esta era a questão que se apresentava para mim e agora a preocupação era como seguir adiante, me apropriando dela. A atitude, a qualidade da presença do analista e sua singularidade, foram se revelando como elementos fundamentais da situação clínica.

Gostaria, neste ponto, de esclarecer que, em nenhum momento, deixei de valorizar a necessidade de um estudo constante sobre a teoria e a técnica. O que estou procurando descrever diz respeito ao surgimento, para

mim, do fato de que, para dar conta daquilo que acontecia e também do que não acontecia entre o paciente e eu, além de um apoio teórico que me permitisse alguma leitura do que ali se passava, era preciso considerar a maneira de fazê-lo.

Outra questão que, nos primórdios da graduação em Psicologia, me despertou um interesse diferenciado, apontava para a área da prevenção em saúde mental. Mais do que fazer um sentido, a possibilidade deste olhar preventivo fortaleceu a minha motivação que até então era pálida, em relação aos temas abordados naqueles três primeiros anos de estudos, quando entrei em contato com teorias gerais de personalidade, testes, etc.. Eu poderia afirmar que este contato com a perspectiva de uma atuação preventiva revelou e norteou o meu interesse desde então. Isto fez com que, logo após o término da graduação, eu me inclinasse para o campo da saúde pública, trabalhando em Centros de Saúde. Durante alguns anos, entre satisfações e frustrações, foi se confirmando para mim a importância de um enfoque preventivo e a necessidade de operacionalizá-lo. O interesse pela área materno-infantil foi emergindo se concretizando, também no atendimento de consultório, em trabalhos com grupos de gestantes e casais que atravessavam uma gravidez. O objetivo destes grupos era, com um olhar psicanalítico, dar suporte e significado às ansiedades típicas do período da gestação, facilitando aos

participantes o reconhecimento e a expressão de suas experiências. Na época (1978,9), S.Freud, M.Klein, J.Bleger, M.Balint, H.Deutch, R.Soiffer, M.Langer, G.Caplan, M.T.Maldonado, E.H.Erikson, eram algumas das referências para o desenvolvimento desse trabalho. Esta prática era fruto da crença que ia se instalando em mim de que, se pudéssemos dar o suporte adequado para as mães e/ou casais, durante a gestação, poderíamos contribuir para a prevenção de distúrbios emocionais tanto dos pais quanto dos bebês, na constituição da nova família. Este acompanhamento se dava não só ao longo do período gravídico mas também se estendia, muitas vezes à domicílio, ao puerpério, até o final do segundo ou terceiro mês.

Em seguida, num enfoque semelhante e motivada pela mesma preocupação, promovi encontros com profissionais da área da saúde para a discussão do tema “A atitude terapêutica no processo gravídico - puerperal”. Durante cinco anos estes grupos, dirigidos a profissionais que trabalhassem com grávidas, tinham como objetivo ampliar e aprofundar a visão do processo gravídico, facilitando ao profissional a apreensão de um referencial que lhe permitisse aprimorar a sua atitude. A gravidez e o pós-parto, entendidos como momentos de crise, se acompanhados satisfatoriamente, poderiam facilitar o crescimento de todos os envolvidos no processo.

O modelo de prevenção primária, defendido por G.Caplan em seu trabalho “Princípios de Psiquiatria Preventiva” (1964) suscitou meu interesse pois, ao discutir os problemas de saúde mental pública, trouxe a idéia da necessidade de suprimentos para a manutenção da saúde mental: *“...para não se tornar mentalmente perturbada, uma pessoa necessita de suprimentos contínuos, compatíveis com seu estágio corrente de crescimento e desenvolvimento. Esses suprimentos podem ser especificados e classificados, de um modo geral, em três grupos: suprimentos físicos, psicossociais e sócio-culturais. Tal como no caso da nutrição física, o distúrbio pode ocorrer se houver escassez quantitativa nesses suprimentos e, por vezes, se houver um excesso de suprimento que “envenene” o organismo”* (pg.46). Era preciso pensar a saúde, não só a doença.

Erik H. Erikson, em seu trabalho “Infância e Sociedade” (1950) articulando sobre a questão do sentido de identidade (sua preocupação constante), trouxe uma reflexão sobre o desenvolvimento do ego a partir de etapas e suas crises sucessivas, relacionada com elementos básicos da sociedade: *“o ciclo da vida humana e as instituições do homem tem evoluído juntos”* (pg.230). O seu trabalho teve uma grande influencia da Antropologia. Ele se refere ao desenvolvimento do indivíduo como uma sucessão de fases diferenciadas, cada uma delas qualitativamente diferente da anterior. Entre

uma fase e a seguinte há períodos transitórios que se caracterizam por transtornos cognitivos e afetivos. A estes períodos Erikson deu o nome de “crises do desenvolvimento”. Caplan (1964) nos esclarece que este modelo também foi usado para se pensar as perturbações psicológicas provocadas pelas vicissitudes da vida, que envolviam uma súbita perda de suprimentos básicos, ou a ameaça de perda, ou o desafio associado a uma oportunidade de obter maiores suprimentos, acompanhada de um acréscimo de exigências ao indivíduo. Esses períodos denominados de “crises acidentais” *“consistem em situações novas que o indivíduo não foi capaz de enfrentar com seus mecanismos de defesa e interação. São problemas graves e inevitáveis como a morte de um ente querido; perda ou mudança de emprego; mudança de papel em virtude de transições sócio- culturais ou de desenvolvimento, como ingressar na universidade, casar ou ter um filho.....A crise tanto pode aproximar o distúrbio mental quanto pode provocar uma mudança no sentido de maior saúde e maturidade, se o sujeito receber a ajuda para ampliar o seu repertório de habilidades eficazes na resolução de problemas, a fim de que ele não sinta a necessidade de recorrer a formas regressivas, irrealis ou socialmente inaceitáveis, de lidar com certas dificuldades suscetíveis de redundarem em sintomas neuróticos ou psicóticos como um meio de evitar seus problemas – ou de os dominar simbolicamente”* (pgs.50,51).

Estes conceitos, trazidos por Caplan e Erikson, foram muito inspiradores para a criação daqueles meus trabalhos. Explicito-os aqui com o objetivo de ressaltar que, desde então, a minha proposta é a de levar para o trabalho clínico do consultório o olhar na direção da necessidade e do tipo satisfatório de suprimento para a questão demandada. Enfim, da atitude efetivamente terapêutica para ajudar o sujeito a criar outras possibilidades de estar nas relações e no mundo, experimentando o seu crescimento pessoal.

Ao descrever este período do meu percurso vai se revelando que, tanto as inquietações e motivações da jovem profissional, quanto sua trajetória nos últimos 26 anos, traduzem uma intensa busca na direção do cuidado com as condições que instalam e permitem a emergência do humano. Estou me referindo à dimensão da experiência onde o indivíduo, antes de ser interpelado no seu psíquico, é interpelado no seu ser. Trata-se do campo do ontológico e do ético. E é aqui que a presente tese cruza a minha trajetória. Diz respeito ao meu encontro com determinados autores que contemplam estas questões, valorizando o encontro humano como a matriz ética fundante, e o seu conseqüente efeito terapêutico. A partir daí se impôs para mim repensar o contexto no qual se desenrola a situação analítica.

Entendo que a necessidade do paciente não se reduz a podermos compreender suas angustias através do mapeamento dos seus processos

mentais. Seus anseios dizem respeito ao seu estabelecimento e desenvolvimento enquanto pessoa humana, a um sentido mais consistente de identidade, de ser real, à possibilidade da realização de sua vida num padrão pessoal o que, por alguma razão não se deu, e o coloca em sofrimento. É uma necessidade de ser e acontecer nas relações e no mundo.

No meu ponto de vista, o efeito terapêutico gerado no processo analítico é potencializado a partir do encontro entre dois seres humanos, com a presença do analista sendo experimentada pelo paciente enquanto pessoa real. O analista, para tanto, terá que observar o funcionamento do seu próprio psiquismo ali, diante do paciente. É desta perspectiva que se desenvolve o presente trabalho. O objetivo é articular, neste pequeno ensaio, uma elaboração na qual procurarei evidenciar a pessoa real do analista como elemento nuclear da atitude terapêutica – o analista, não fruto das projeções feitas pelo paciente mas, como pessoa real, fazendo um uso mais eficiente de si mesmo, e não só da técnica e da teoria. É o analista ocupando, no âmbito da relação, o lugar que vai além da explicação: ele é o que diz, tornando-se presença encarnada.

O que se passa numa análise não depende apenas do que é falado. O meu modo de ser e o do paciente também são elementos simbólicos que estão ali se apresentando e que se comunicam e afetam, ampla e

profundamente, a relação e cada um de nós enquanto pessoas. É muito difícil falar dos ganhos desconhecidos promovidos por estas intervenções. Entendo que é também aí que a função de analista se realiza, e não apenas no campo da compreensão e explicação. **O espaço terapêutico é a relação, e a atitude terapêutica surgirá da presença do analista enquanto pessoal real, no exercício da função.**

Neste enfoque, a questão não é apenas o que eu falo mas como sou na sessão. Aqui, enquanto analista, sou colocada como sujeito, capaz de viver o acontecimento psíquico que ocorre entre o paciente e eu. Estarei compartilhando, e não dando consulta. A questão é como farei uso de mim e do meu “*status*” interior nas minhas colocações e interpretações, incluindo minhas próprias associações. O foco é a condição de manter-me íntegra na relação com minha própria subjetividade. É preciso que o paciente ao me ouvir, também esteja me vendo naquela fala. O analista se apresenta sujeito, como diz Christopher Bollas (1989) “*sem necessariamente falar de si ou de fatos da sua vida. Ser sujeito diz respeito ao trabalho psíquico do analista na presença e na narrativa do paciente*”. Antes disso, esclarece: “*Essa evolução do elemento auto-analítico...é uma disciplina alcançada somente por meio de um trabalho rigoroso. Essa compatibilidade de idioma (pessoa e narrativa)*

legítima o valor do elemento auto-analítico e o diferencia de uma sedução”
(pgs.69,87).

Nestas condições vejo a sessão de análise como um momento de criação da dupla paciente analista, onde a pessoa do analista também está exposta. Ao me referir ao analista que é, incluído no acontecimento entre ele e o seu paciente, quero ressaltar um fenômeno que fala da interação entre duas maneiras de ser e de sentir a vida, que cria um espaço único de sustentação para a experiência de suas respectivas pessoalidades. Esta é parte da dinâmica que permite ao analista a atitude terapêutica de ocupar o lugar referente à necessidade que se apresenta. O analista, ao satisfazer a necessidade do paciente, o estará provendo, na situação analítica, de uma condição favorável ao desenvolvimento e significação do *self*, que faltou em seu ambiente de origem.

A análise, portanto, será bem sucedida, não apenas porque os conflitos inconscientes do paciente passaram a ser conscientes, mas porque nela existe a oportunidade de novas experiências promovidas pelo encontro com o analista, que fortalecem o sentido de si mesmo e enriquecem a vida psíquica desse paciente. É no aprofundamento da experiência emocional do encontro, quando a humanidade de cada um puder ser reconhecida por si mesmo e pelo outro, que temos o núcleo da possibilidade de crescimento,

tanto do paciente quanto do analista. Este, ao longo de seu percurso, irá se constituindo como tal, a partir da relação com seus analisandos, além da formação teórica, da vivência pessoal de análise e de suas experiências de vida.

Creio que podemos pensar a situação analítica a partir do paradigma da criação, do acontecimento do ser. Há um sonho que ali se configura e que é revelação. Não fica só no campo do psíquico. É passagem para o viver criativo, é precursor de gesto. Nesse contexto, a linguagem que surge não é apenas um instrumento que comunica informações, com o sujeito da fala se mantendo numa relação de exterioridade. Trata-se de uma linguagem que rompe com a fala informativa, contendo a essência definidora de cada um, dando lugar ao apresentativo, onde é possível uma amplitude e flexibilidade maiores do que as do enquadre original, promovida por momentos inovadores vividos naquela relação.

É preciso então, rediscutir o conceito de *setting* e “rigor analítico”. Não se trata somente da observação de regras que organizam e protegem o encontro paciente-analista - às vezes até guardando o risco de uma formalização obsessiva - antes sim, da condição de relação do analista, no ir e vir da sessão, condição de manter-se unido em si mesmo, em seu corpo, para poder movimentar-se, trazendo uma pulsação assentada em sua

maneira de ser. É corpo e alma presentes e disponíveis para uso, portanto, uma condição que não diz respeito apenas à mobilidade psíquica do analista, mas à sua concretude. No meu entender, estes elementos estão na base da sustentação emocional da experiência analítica, que permitirão ao paciente ir se reconhecendo, se apropriando do idioma de seu *self* verdadeiro. Ele então passará a ser o seu idioma. Bollas (1989 a) ao introduzir o conceito de idioma no contexto psicanalítico, nos esclarece: *“Se devemos estabelecer uma teoria para o self verdadeiro, acho que é importante enfatizar como esse self-essência é a presença singular do ser que cada um de nós é; o idioma da nossa personalidade.....Sendo um conjunto de disposições geneticamente predispostas, o self verdadeiro existe antes do relacionar com o objeto. No entanto, é somente um potencial, porque depende dos cuidados maternos para sua evolução. Como suas expressões gestuais e reivindicações intersubjetivas nunca estão livres da interpretação do outro, sua evolução depende das facilitações da mãe e do pai. Todavia, nenhum ser humano é somente o self verdadeiro. Cada disposição herdada defronta-se com o mundo real e a vida psíquica é uma das conseqüências dessa dialética entre o idioma da personalidade e a cultura humana”* (pg.21).

O campo formado pelo exercício da análise funciona como uma matriz potencial de metáforas, tanto para o analista quanto para o paciente.

Enquanto se dá a experiência de constituição do sentido de ser para o paciente, o analista faz a experiência do sentido de ser analista naquela relação. Isso é parte do processo que fundamenta a resposta autêntica do analista, solicitada pelo *self* verdadeiro do paciente. Winnicott (1960) ao definir *self*-verdadeiro, refere-se a um *“potencial herdado que está experimentando a continuidade da existência, e adquirindo à sua maneira e em seu passo uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal pessoal”* (pg.46). Este *self* – verdadeiro encontra expressão num gesto espontâneo. Temos o analista, então, vivenciando o *self* verdadeiro do paciente, no uso do seu próprio *self*. Ambos se processam continuamente. O que ocorre portanto, na situação de análise, é o efeito terapêutico no emergir de novos significados, articulações e pensamentos que não haviam ocorrido antes. É um mundo novo que está sendo criado naquele momento, a partir daquela dupla, com a situação analítica se organizando em função da criatividade do paciente. Desta maneira o paciente passa a ocupar, concretamente, um lugar na vida deste analista, lugar este fundante para uma experiência de reorganização ou de constituição de *self*.

Para a abordagem destas questões que envolvem a atitude, a qualidade da presença singular do analista, o lugar que ele ocupa na relação e a conseqüente resposta à necessidade do paciente, farei uso, no primeiro

capítulo deste trabalho, de um histórico da transferência-contratransferência. O objetivo é descrever a dinâmica desses conceitos fundamentais da técnica psicanalítica, desde os seus primórdios, ressaltando, principalmente no campo da contratransferência, os autores que mais contribuíram para o assentamento de minhas vertentes teóricas.

Ao repensar o *setting* analítico, era necessário buscar um tipo de olhar que incluísse as relações com o meio ambiente como fator constitutivo de *self*, o que torna o *setting*... *"um instrumento importante para que o paciente possa encontrar as funções que lhe possibilitarão o evoluir de sua personalidade, do seu eu"* (Safra,1995,pg.30). Para tanto, no segundo capítulo irei sublinhar alguns conceitos desenvolvidos por D.W.Winnicott, evidenciando a ousadia, a precisão, a criatividade e o cuidado ético deste autor, nas reflexões sobre a clínica psicanalítica. Entendo que pensar o ser humano diz respeito a um tipo de olhar, antes que a um tipo de conceito.

A Ética passa a ser elemento fundamental para a discussão do encontro entre dois seres humanos. No terceiro capítulo este é o tema, quando procuro uma referência filosófica em Emmanuel Levinas, que nos alerta sobre a necessidade de superarmos a tentação de reduzir a alteridade ao mesmo, a uma espécie de autoduplicação. Levinas enfatiza que o homem deve estar à

escuta da presença, estabelecendo com o Outro uma reciprocidade baseada, exclusivamente, na responsabilidade. Trata-se do entre-nós, do sujeito-ético.

A ética como filosofia primeira, esta é a base do pensamento levinasiano. A subjetividade é colocada a partir da ética, e não do conhecimento. Há um modo de ser que é intrinsecamente ético e, em seu pensamento, o que predomina é a afirmação de uma filosofia primeira, na qual ressalta o lugar prioritário do sentido do ser na relação ética com o outro. E, na vertente do Outro, Levinas “*passa da experiência da intencionalidade à experiência da proximidade*” (Santiago,G.L., 1997, pg.17). A manifestação do Outro, do Rosto, em Levinas (1961) está para além da forma”*O infinito apresenta-se como rosto na resistência ética que paralisa os meus poderes e se levanta dura e absoluta do fundo dos olhos, sem defesa na sua nudez e na sua miséria. A compreensão dessa miséria e dessa fome instaura a própria proximidade do Outro*” (pg.178).

A minha escolha deste autor, para o embasamento filosófico da questão ética na clínica, definiu-se pela sua veemente e profunda afirmação da não apreensão do Rosto. Em Lévinas, o outro não é objeto e não poderá ser reduzido a conteúdo, daí eu pensar, enquanto analista, que também não poderei ser reduzida e objetificada por nenhuma técnica.

CAPITULO 1

TRANSFERENCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

A técnica na clínica psicanalítica

Diante das inquietações que procurei relatar na Introdução deste trabalho, emergia uma questão que se apresentava contundente e frequentemente: estaria eu fazendo psicanálise? Minhas convicções sobre prevenção e ética resistiriam, na técnica, à prática de um padrão psicanalítico? A resposta para esta angustia veio do meu encontro com alguns autores que, ao ousarem inovar no exercício de sua clínica, contribuíram consistentemente para a expansão e aprofundamento da teoria e técnica psicanalíticas.

A forma que encontrei para ilustrar o percurso da minha reflexão sobre as questões técnicas que envolvem a posição do analista na clínica, foi a de um levantamento histórico que apresento neste capítulo, ressaltando o pensamento dos principais autores que me influenciaram, no que diz respeito ao estabelecimento das minhas posições sobre os conceitos de transferência e contratransferência.

Desde Freud, até ao chamado Grupo Independente, com Winnicott como seu representante nuclear fui, gradualmente, encontrando ressonâncias para as questões que, de forma constante me surgiam, e que

acabaram por demarcar o campo do meu maior interesse: o da contratransferência. A qualidade do cuidado no uso desse fenômeno, no exercício da clínica, passou a ser objeto constante da minha reflexão e estudo. Autores como Freud, Ferenczi, Bion, Balint, Searles e Winnicott, entre outros, se revelaram para mim como referências de liberdade e profundidade de questionamento.

Já no início da história da Psicanálise, o reconhecimento do analista como elemento integrante do processo de constituição e organização psíquica do indivíduo, estava presente como foco de avaliação. Através das próximas reflexões sobre os conceitos de transferência e contratransferência, poderemos acompanhar parte da evolução do pensamento psicanalítico a respeito do que caracteriza este lugar do analista, na situação clínica.

SOBRE A TRANSFERÊNCIA

A teoria da transferência criada por Freud tornou-se um pilar fundamental do trabalho psicanalítico. O seu esboço começou a ser traçado no texto “Estudos sobre a Histeria” (1895) com a descrição das singularidades da relação entre o médico e o paciente, sintetizadas na categoria de um “falso enlace”. Freud refere-se ao surgimento de resistências

no tratamento devido a algum tipo de perturbação na relação médico-paciente. Uma delas seria *“o paciente assustar-se ao verificar que está transferindo, à figura do médico, as idéias aflitivas que surgem do conteúdo da análise.... A transferência ao médico verifica-se através de uma falsa ligação”* (pg.359,60). Aqui, o conteúdo do desejo surge na consciência do paciente, desacompanhado das circunstâncias ambientais do passado. Assim, o desejo era ligado à pessoa do médico a partir de uma falsa ligação. Esta foi a primeira tentativa de definição do fenômeno da transferência que, no início, foi pensada por Freud como algo inerente ao quadro histérico.

Em seu trabalho de 1900 *“A Interpretação dos Sonhos”*, Freud usa o termo transferência para o estudo do processo de elaboração onírica. O desejo inconsciente consegue se inscrever num resto diurno pré-consciente.

No epílogo do caso Dora (1905), temos a teoria da transferência colocada por Freud de maneira mais ampla. Durante o tratamento psicanalítico da neurose não há formação de novos sintomas mas a condição neurótica é reafirmada na criação de *“um tipo particular de formações de pensamento, na maioria das vezes inconscientes, às que se pode dar o nome de transferência”* (pg.135).

O que acontece é que o paciente, ao longo do tratamento psicanalítico, revive uma série de experiências psicológicas nas quais os personagens do passado nelas envolvidos agora se encarnam no analista. Pelo fato de que algumas dessas transferências são praticamente idênticas às do passado, Freud as chama de reimpresões.

Freud afirma que a transferência é inevitável no tratamento psicanalítico e, ao mesmo tempo em que o fenômeno é um tipo de estratégia para manter o material patológico fora de acesso, é também o caminho da cura quando reconhecido pelo paciente na situação de análise. E prossegue enfatizando que o tratamento não cria, mas sim revela, torna possível a transferência, da mesma forma que outros processos psíquicos também ocultos. A vida emocional do paciente mantida inconsciente é revivida na transferência e é ali que deve ser resolvida.

Considerando as colocações no Epílogo de Dora pode-se dizer que a teoria da transferência de Freud se completa aí, permitindo uma caracterização do fenômeno: trata-se de uma relação singular de objeto de raiz infantil, de natureza inconsciente, o que a torna inadequada; diz respeito à fantasia e não à realidade dos fatos. A transferência, portanto, se dá na dialética entre a fantasia e a realidade, originando o fato psíquico.

No trabalho “Dinâmica da Transferência” de 1912, Freud desenvolve a teoria enfocando as questões da origem e da função da transferência. O indivíduo que não teve sua necessidade de amor satisfeita na vida real, explica Freud, manterá uma atitude de busca frente a quem encontre, busca que será regida pelas porções inconscientes e conscientes da libido. A porção inconsciente se organizará em busca de descarga, segundo o processo primário, e a consciente, baseada na realidade. No tratamento analítico, a libido insatisfeita do paciente irá na direção do analista e o excesso desta libido, apoiado em material reprimido inconsciente, ocasionará a descarga na transferência.

Ao discutir a relação da transferência com a resistência Freud, num primeiro momento, afirma que a introversão (ou regressão) é a condição necessária para o surgimento da neurose, na qual a libido consciente diminui, se torna inconsciente, alimentando as fantasias e reativando as imagos infantis do paciente. O trabalho analítico será o de seguir a libido neste movimento regressivo para torná-la consciente e à serviço da realidade, e assim o analista será o grande inimigo das forças de regressão e repressão que, neste momento, funcionam como resistência. Seguir um complexo patológico até o inconsciente significa entrar numa região onde a resistência se faz sentir claramente, de modo que cada associação do paciente deve levar sua marca, e,

é neste momento, que a transferência se apresenta, se descobre. A transferência produzida pelo elemento do complexo que foi transferido ao analista produz então uma associação que se anuncia como resistência – a paralisação do fluxo associativo, por exemplo. Aí, explica Freud *“a idéia transferencial penetrou na consciência, à frente de quaisquer outras associações possíveis, porque ela satisfaz a resistência.....Assim, a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência”* (pg.138,9).

No texto “Recordação, Repetição e Elaboração”, Freud (1914) reafirma a relação entre os dois fenômenos, transferência e resistência. Enquanto o tratamento objetiva a descobrir situações patológicas passadas, recupera-las, a transferência opera como resistência porque investe a recordação, torna-a atual. O paciente passa a transferir, em lugar de rememorar. Ao mesmo tempo Freud evidencia que o inimigo não pode ser vencido “in absentia” ou “in effigie” e com isso mudará a concepção do tratamento e a compreensão do significado da transferência. Descreve a relação entre a neurose de transferência e o fenômeno da repetição. Contrapõe lembrança à repetição na medida em que a primeira é o antídoto da segunda.

O conceito de repetição citado no artigo de 1914 passa a ser um critério precioso. Até 1912 essa diferença conceitual não estava definida. No trabalho de 1912 temos a transferência como resistência à lembrança mas, em 1914, a lembrança reprimida se repete na transferência.

Em 1920, a idéia de repetição sofre uma mudança. No texto “Além do Princípio do Prazer” (vol.XVIII), Freud afirma que a transferência está motivada pela compulsão à repetição. A transferência surge então à serviço do instinto de morte, uma força que busca a imobilização, que luta contra a criação de novos vínculos e relações. A repetição é agora o elemento explicativo da transferência. A repetição transferencial demonstra que existe um impulso (que muitas vezes Freud chamou de demoníaco) que promove repetições de situações do passado, além do princípio do prazer. A repetição como princípio, redefine a transferência como uma necessidade de repetir. Temos aqui o ego lutando contra as forças de um impulso tanático, mobilizando o instinto de vida para reprimi-lo.

Anna Freud, no trabalho “O Ego e os Mecanismos de Defesa” (1946), traz uma concepção mais abrangente sobre a transferência. Coloca que há transferência de impulsos de amor e ódio, de instintos e afetos e transferência de defesas, ou seja, tanto o id quanto o ego podem intervir no fenômeno transferencial. A primeira é sentida como estranha pelo analisando,

enquanto a segunda se expressa no ato de repetição, na relação com o analista, de antigos modelos infantis de funcionamento do ego. Este último tipo de transferência não é sentido como estranho pelo paciente, justamente por seu caráter egossintônico. A autora também se refere a um *acting-out* na transferência: *“pode ocorrer uma intensificação da transferência durante a qual, enquanto vigora, o paciente deixa de observar as normas rigorosas do tratamento analítico e começa a **representar**, no comportamento de sua vida cotidiana, tanto os impulsos instintivos como as reações defensivas que estão consubstanciadas em seus afetos transferidos”* (pg.20). Explica que esta forma de transferência é a mais difícil para o analista, ao ter que enfrentar os elementos inconscientes no ego, na medida em que o foco de análise sempre foi dirigido aos elementos oriundos do id. Era preciso, portanto, considerar a necessidade, em algumas situações, da quebra das normas do tratamento psicanalítico.

Neste trabalho, Anna Freud defende a idéia do campo da psicanálise não poder se restringir às investigações sobre as fantasias infantis transmitidas à idade adulta, mas também incluir *“os problemas tais como o da adaptação de crianças e adultos ao mundo exterior, por conceitos de valor como os de saúde e doença, virtude e vício”* (pg.3). Assim, sugere a inclusão

da área da normalidade como objeto de estudo, até então mais negligenciada por outros psicanalistas.

Penso que Anna Freud expressa aqui um tipo de olhar preventivo, no que diz respeito ao que é necessário para a manutenção da saúde, e não mantém o foco apenas nos recursos para a “cura” da doença. Com esta colocação apontou-me a questão da qualidade do meio para a sustentação de um desenvolvimento positivo do indivíduo, com o olhar psicanalítico indo para além do fenômeno intrapsíquico.

D. Lagache (1953) traz uma contribuição valiosa em sua reflexão sobre a natureza da repetição transferencial. Em “Some aspects of transference” ele coloca a necessidade de repetir. A repetição é por necessidade e não causa da transferência, e tal necessidade é contrariada pelo ego. O conflito é entre o princípio do prazer e o princípio da realidade: se repete uma necessidade para encontrar uma saída que satisfaça o princípio da realidade. Na repetição transferencial está latente o desejo de completar algo que ficou incompleto, de fechar uma estrutura que ficou aberta, de buscar uma solução que ainda não se deu. Lagache, apoiado em conceitos estruturais e gestálticos, coloca a hipótese de que a mente busca certas integrações e experiências que lhe faltam e que devem ser completadas. Os problemas sem soluções que surgem na transferência são o que ficaram sem solução nas

etapas decisivas do desenvolvimento e necessitam de uma relação objetal para completá-las. Podemos falar numa predisposição à transferência, onde o psiquismo busca integrações objetivando a realização da sua potencialidade. Lagache, portanto, enfoca a importância da transferência quanto à sua finalidade, não só quanto ao seu conteúdo. Traduzir o sentido daquela expressão será tão importante quanto o simbolismo dos seus elementos.

Creio que Lagache, em suas colocações, trouxe-me um certo arejamento ao pensar do conceito de transferência, ao relacioná-lo com um tipo de expressão que busca a realização de uma potencialidade. Não só era necessário procurar o significado daquele movimento do paciente, mas reconhecer o seu sentido. Este é um olhar sobre o sujeito como alguém buscando expressão com outro, e não o sujeito como depositário de símbolos a serem decifrados.

Melanie Klein, em seu trabalho “A personificação dos jogos das crianças” (1929), fala do fenômeno da transferência apoiado nos mecanismos de projeção e introjeção do objeto interno. Para diminuir a intensidade do conflito com o id e o superego, o ego coloca no analista as imagos internas que são fontes de ansiedade. A neurose de transferência é também definida por Klein como o reconhecimento da presença do analista e do efeito da análise.

Em “As origens da transferência” (1952), Klein afirma que a transferência se dá ao longo de toda a vida, influenciando todas as relações humanas. No processo analítico, à medida que se abrem caminhos ao inconsciente do paciente, seu passado é revivido, em aspectos conscientes e inconscientes, e a pressão para a transferência de experiências precoces é dirigida ao analista. Quanto mais profunda for a penetração no inconsciente, maior será a compreensão do analista sobre o fenômeno da transferência que se apresenta.

A transferência caracteriza-se como um fenômeno que se origina dos mesmos processos que determinam as relações objetais do bebê, em seus estágios mais primitivos. Esta concepção de transferência, enraizada em camadas mais profundas do inconsciente, amplia a compreensão do fenômeno, que agora não é visto só quando o paciente faz referências diretas ao analista, mas revelando, a partir do material apresentado, os elementos inconscientes da transferência. As fantasias inconscientes deduzidas e interpretadas na relação transferencial, mais a descrição dos conceitos de identificação projetiva e introjetiva feita por Klein, permitiram a mim a compreensão de novos ângulos da relação transferencial.

S.Ferenczi, sem dúvida, foi um dos analistas que, com ousadia e entusiasmo, valorizou o lugar da atitude na relação objetal, tanto

quanto o da palavra. Em função disso, o encontro com este autor foi fundamental no meu percurso. Os seus questionamentos sobre o tipo de técnica que o analista deveria usar, para obter um melhor efeito terapêutico, com aquele paciente específico, legitimou muito da minha reflexão.

Em seu trabalho “A Elasticidade da Técnica Psicanalítica” (1927,8) ao comentar as questões remanescentes da “equação pessoal” (analista-analisando) devido aos “próprios erros cometidos”, faz o seu depoimento: *“Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de uma questão de tato psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando,em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc....Mas o que é o tato? A resposta a esta pergunta não nos é difícil. O tato é a faculdade de **sentir com** (Einfühlung) Por certo não é dado à psicanálise poupar o paciente de todo o sofrimento; com efeito, aprender a suportar um sofrimento constitui um dos resultados principais da psicanálise. Entretanto, uma pressão a esse respeito, se for desprovida de tato, fornecerá apenas ao paciente a oportunidade, ardentemente desejada pelo inconsciente, de subtrair-se à nossa influência”* (pg.27).

Em outro momento, Ferenczi critica e aponta os riscos da manutenção de uma posição assimétrica na situação analítica: *“Nada de mais nocivo em análise do que uma atitude de professor ou mesmo de médico autoritário. Todas as nossas interpretações devem ter mais o caráter de uma proposição do que de uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente mas também porque podemos, efetivamente, estar enganados.....A modéstia do analista não é, portanto, uma atitude aprendida mas a expressão da aceitação dos limites do nosso saber. Assinale-se, aliás, que talvez seja esse o ponto onde, com a ajuda da alavanca psicanalítica, começa a realizar-se a mudança na anterior atitude do médico. Compare-se a nossa regra de **sentir com** à presunção com que o médico onisciente e onipotente tinha até agora o hábito de enfrentar o paciente”* (pg.31). Aqui a transferência não é discutida apenas como fenômeno intrapsíquico. Era preciso considerar a relação interpessoal. Ferenczi, desta forma, coloca em foco a inclusão da pessoa do analista, envolvido emocionalmente na relação terapêutica, e a questão do quanto a interpretação e a relação objetal deveriam ser usadas (grifo meu). Estas eram questões que surgiram de suas várias tentativas de criar relações, com os seus pacientes, fora das recomendações clássicas de Freud sobre o *setting* analítico. Aponta para um cuidado com a necessidade de sintonia com o ritmo do paciente e com um modo de fazê-lo. Veremos, a

seguir, autores como Balint e Winnicott explorando amplamente estas questões.

M. Balint (1968), em seu trabalho “A Falha Básica –Aspectos Terapêuticos da Regressão” referindo-se a pacientes regressivos, alerta-nos para o fato de que neste nível, as palavras podem se tornar pouco confiáveis: *“No nível edípico – e mesmo em alguns dos chamados pré-edípicos – uma interpretação adequada, que torne consciente um conflito recalcado, resolvendo assim uma resistência ou corrigindo uma clivagem, faz com que as associações livres do paciente novamente continuem; no nível da falha básica, nem sempre isso ocorre. A interpretação é experimentada como interferência, crueldade, uma demanda injustificável ou uma influência injusta, como um ato hostil ou um sinal de afeto, ou então é sentida muito desanimada, na verdade morta, isto é, sem nenhum efeito”* (pg.161).

Balint aponta, como origem da falha básica, o fato do indivíduo não ter tido suas necessidades biopsicológicas atendidas, ainda em fases formativas precoces de sua vida. Enfatiza a *“falta de adaptação entre a criança e as pessoas que representam seu entorno”* (pg.20). A técnica que sugere vantajosa para as situações regressivas é, em primeiro lugar, aceitar o fato de que as interpretações seriam inoperantes. Enquanto o paciente permanece neste nível é preciso aceitar o *acting-out* na sessão como uma

forma de comunicação. *“Isto significa abandonar qualquer tentativa de **organizar** o material produzido pelo paciente – de qualquer forma ainda não é o material **correto** – e tolerá-lo para que possa permanecer incoerente, absurdo, inorganizado, até que o paciente- depois de voltar ao nível edípico da linguagem convencional – torne-se capaz de fornecer ao analista a chave para entendê-lo.....Em outras palavras, o analista deve aceitar a regressão. Isso significa que deve criar um ambiente, um clima, no qual ele e seu paciente possam tolerar a regressão em uma experiência mútua”* (pg.163).

O foco não é a gratificação ou a frustração do paciente mas o como o analista responde à regressão. Isto determinará a qualidade da relação e toda a evolução do atendimento. Ao caracterizar o que seria a satisfação da necessidade Balint esclarece: *“...se a satisfação puder ser feita de uma maneira que não aumente a desigualdade, mas crie uma relação objetal de acordo com o padrão daquilo que chamamos de **amor primário**, esta poderia ser seriamente considerada como um método de escolha”* (pg.155).

O ser humano, para Balint, nasce com uma condição de amor primário. Isto diz respeito à relação primária com o entorno, totalmente harmoniosa, ou seja, a necessidade de obter de forma passiva tudo aquilo que um objeto primário possa dar; temos aí, portanto, uma busca incansável por amor, segurança e

gratificação. Os fenômenos secundários dizem respeito às inevitáveis frustrações vividas nesta relação.

Vemos aqui Balint indo além dos limites estabelecidos pelas recomendações técnicas de Freud. Seu percurso foi muito influenciado por Ferenczi, de quem foi analisando. Com pacientes em regressão, é preciso satisfazer-lhes algumas demandas para que se constitua uma relação efetivamente terapêutica. Para que esta regressão tenha um caráter benigno, é necessário que o analista não esteja assentado num uso onisciente e onipotente da técnica. Mais do que enquadrar este paciente nas interpretações, se faz necessário acompanhá-lo numa experiência de mutualidade: ...*"durante alguns anos experimentamos uma técnica que permite ao paciente vivenciar uma relação hipessoal que não pode, não precisa e talvez não deva ser expressa em palavras, mas algumas vezes pelo que é habitualmente chamado de **acting-out** na situação analítica. Apressamo-nos em acrescentar que todas essas comunicações não-verbais, **acting-out**, evidentemente seriam perlaboradas depois que o paciente emergisse daquele nível, atingindo novamente o nível edípico – mas nunca antes disso"* (pg.160). Balint deixa muito claro a sua posição no que diz respeito à interpretação: *".....colocar toda a ênfase no trabalho interpretativo do analista poderia ser um excesso de simplificação. Ele funciona enquanto pudermos selecionar entre as pessoas*

que procuram um auxílio analítico, aquelas que, sem muita dificuldade, podem se adaptar à situação analítica por nós criada, de acordo com os primeiros trabalhos de Freud sobre a técnica (1911,15).....Embora uma de suas principais finalidades seja a de ajudar o paciente a ter sentimentos, emoções e experiências que não podia ter, as interpretações exigem compreensão intelectual, raciocínio ou um novo insight.....É difícil encontrar palavras para descrever o que é criado. Falamos sobre conduta, clima, atmosfera, etc., todos termos vagos e nebulosos, referindo-se a algo sem limites nítidos e, portanto, lembrando os termos que descrevem as substâncias primárias" (pg.148).

A convicção de Balint de que a psicanálise só poderia se desenvolver através da liberdade de pensamento, permeou toda a sua obra. Para ele, a experiência analítica sempre será um encontro entre duas pessoas e a possibilidade do reinício de uma vida, o que ele denominou de um *new beginning* (novo começo). Sem dúvida Balint, para mim, confirmou a necessidade de considerarmos o modo de ser do analista e sua presença como pessoa real, na mutualidade da relação clínica. Suas posições assim colocadas reforçaram-me a seguir adiante no meu modo de ser, de refletir e praticar a clínica psicanalítica.

Com Winnicott (1955) de uma forma bastante original, também passo a ter outra visão do que se passa na prática analítica, a partir de uma compreensão profunda sobre os cuidados maternos e o início da vida de cada um: *“Quando vemos uma mãe segurando um bebê logo depois do nascimento, ou um bebê ainda não nascido, nesta hora sabemos que há outro ponto de vista, o do bebê, caso ele já estivesse lá; e deste ponto de vista, ou o bebê ainda não está diferenciado, ou então o processo de diferenciação teve início e há uma dependência absoluta do meio ambiente imediato e de seu comportamento”* (pg.484). Sua reflexão amplia o conceito de transferência na medida em que faz uma diferenciação entre o desenvolvimento emocional primitivo e o resto do desenvolvimento humano. Na primeira etapa, correspondente ao desenvolvimento emocional primitivo, temos o narcisismo primário, quando não há relação de objeto nem estrutura psíquica. *“ Na época da análise de tais fases, o ego do paciente não pode ser encarado como uma entidade estabelecida e não pode haver neurose de transferência pois, sua existência, pressupõe a de um ego intacto, em ego capaz de manter defesas contra a ansiedade provocada pela pulsão e de assumir a responsabilidade por elas”* (Idem).

Aqui está uma posição que diferencia, fundamentalmente, Winnicott e Klein. Para Winnicott, se não há estrutura psíquica no início de

vida do bebê, não se pode explicar esse período em termos de impulsos e fantasias. A qualidade do desenvolvimento emocional primitivo dependerá então de um ambiente e cuidados maternos adequados. Se a adaptação ambiental for suficientemente boa, na direção das necessidades e no ritmo do bebê, resultará o surgimento de um ego que, aos poucos, poderá experimentar os impulsos do id. Se o meio falhar na tarefa de fazer uma adaptação ativa, teremos o desenvolvimento de um falso-*self*. A falha do ambiente é registrada como uma invasão, algo que interrompe o sentido de continuidade de existência. Este falso-*self* oculta e protege o verdadeiro *self*, reagindo aos fracassos de adaptação desenvolvendo um padrão correspondente ao padrão do fracasso ambiental. Assim, o verdadeiro *self* não se envolve no processo de reação e preserva uma continuidade de existência, mas sofre um empobrecimento devido à falta de experiência. O falso-*self* pode atingir uma integridade ilusória, uma força de ego falsa, construída a partir de um padrão ambiental, e assim, não consegue se sentir real, experimentar a vida.

Balint e Winnicott tiveram preocupações semelhantes ao desenvolverem conceitos que levam em conta as falhas ambientais, os cuidados com a possibilidade do paciente regredir, e a função do analista de ocupar o lugar da falha ambiental dando sustentação ao momento regressivo do paciente. Ambos alertam para os perigos de uma relação assimétrica entre

analista e paciente, chamando assim a nossa atenção para a questão da atitude na situação clínica. Daí o meu interesse por esses autores, com Winnicott em particular ocupando para mim, uma posição de destaque, como veremos no próximo capítulo.

Ao pensarmos a clínica psicanalítica levando em conta os conceitos de amor primário, falso *self*, ambiente e mãe suficientemente bons, podemos considerar, dentre as necessidades que os pacientes trazem para a análise, a de viverem, nesta nova situação relacional, a possibilidade de, a partir daqueles pontos onde houve a falha do ambiente, retomarem o desenvolvimento do seu verdadeiro *self*. O paciente regride para poder tomar o sentido de continuidade da sua existência, e assim intensificar o seu sentido de ser real. O analista precisa poder acompanhar o movimento da regressão que se apresenta e se faz necessário, sem interferir. A adaptação suficientemente boa do analista permitirá que o falso *self* de lugar ao verdadeiro *self*. A transferência, nesta etapa, se organiza pela maneira como o analista permite que o passado do paciente seja o presente. Esta transferência precoce se diferencia da neurose de transferência, descrita por Freud em 1914, quando então era o passado que se reproduzia no presente; nesta situação, é o presente que se transforma no passado. O analista passa a uma transferência de função, e não de representação. O fenômeno transferencial

passa a ter uma realidade imediata, que deverá ser enfrentada pelo analista não mais com sua bagagem interpretativa, mas com atitudes. Aqui também, um *setting* que possa atender às necessidades, muitas vezes, é mais importante que uma interpretação. Este trabalho amplia o conceito de transferência pois quando há regressão, o ego do paciente não está suficientemente estabelecido para podermos nos referir a uma neurose de transferência. O que existe, nesse momento, é uma dependência absoluta que exige uma adaptação suficientemente boa do analista, para que o ego imaturo possa, com o tempo, vir a experimentar os impulsos do id.

Winnicott nos esclarece que o tipo de análise diferenciada para situações regressivas, não exclui uma análise padrão (grifos meus): “ *No meu trabalho clínico, consegui provar, pelo menos para mim mesmo, que um tipo de análise não impede o outro. Encontro-me indo e vindo de um para outro, de acordo com a tendência do processo inconsciente do paciente. Quando o trabalho de tipo especial a que me referi é completado, somos naturalmente conduzidos ao trabalho analítico comum....* ” (idem,pg.488).

Foi com esta colocação de Winnicott, que me senti traduzida quanto aos meus objetivos com o trabalho clínico: era necessário, em primeiro lugar, atender à demanda de um tipo de fenda que entendo ser de natureza ética (este tema será discutido no cap. III). para então podermos atuar

no padrão mais clássico da psicanálise, através das interpretações transferenciais.

Ferenczi, Balint e Winnicott foram os autores que, com sua liberdade de pensamento, me fizeram chegar ao chamado Grupo Independente, com o qual me vi identificada. Ao entrar em contato com os pensamentos de alguns membros deste grupo, senti o alívio de ver legitimadas posições que na minha prática, muitas vezes se impunham, mas me soavam ousadas, ou de risco.

Este grupo, durante um tempo, foi visto como marginal, na medida em que seus representantes desenvolviam uma teoria que não se cingia àquela das instituições psicanalíticas oficiais. O foco de pesquisa era uma reavaliação da técnica, em função do fracasso do procedimento clássico, nos chamados “casos difíceis”: a interpretação dos conflitos intrapsíquicos não dava conta desta situação. É importante ressaltar que Balint e Winnicott, este em sua liderança incontestável, sempre se recusaram a ser identificados com qualquer facção sectária. Gregório Kohon (1994) em seu trabalho “A Escola Britânica de Psicanálise – The Middle Group – A tradição Independente”, esclarece: *“Os analistas independentes só concordam em constituir um grupo para o propósito específico de participar da vida política institucional da*

Sociedade. A posição independente se caracteriza por uma relutância a ser restringida por coerções teóricas ou hierárquicas".(pg.39).

É preciso agora, introduzir a questão da contratransferência pois, a pessoa do analista em sua maneira de ser, sua condição de mobilidade psíquica no *setting*, se impõem como fundamentais.

SOBRE A CONTRATRANSFERENCIA

O mérito da conceituação do termo contratransferência é de Freud, que o apresentou em 1910, no trabalho "As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica". A contratransferência resulta da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do analista que, por sua vez, a reconhecerá em si mesmo e poderá transpo-la. Nesta época a contratransferência era considerada somente como obstáculo, mas, como aponta H.Etchegoyen (1987) "*se Freud introduziu o conceito no futuro da Psicanálise é porque fez uma ligação entre a compreensão da contratransferência e o progresso da técnica psicanalítica*" (pg.144). Na época, Freud sugeria que o obstáculo contratransferencial deveria ser removido, primeiramente, através da auto-análise. Depois sugere que o controle da contratransferência deve ser efetuado através da análise didática,

exercida por outro analista mais experiente. Mas não surgiu ainda, nesta época, uma teoria elaborada sobre a questão técnica da contratransferência, apenas algumas poucas referências que mostram a ambigüidade de Freud em relação ao tema.

O pensamento de Freud, a respeito da técnica psicanalítica, foi se transformando ao longo do desenvolvimento de suas idéias. No início o foco era a eliminação do sintoma, para depois dirigir-se à questão da resistência e da transferência, como o seu aspecto mais evidente. A interpretação da transferência e a associação livre passaram a ser os procedimentos técnicos por excelência no enfrentamento da resistência e da comunicação, ao paciente, do que lhe era, até então, inconsciente. Assim, o material reprimido era alcançado e o ego fortalecido.

Para que tal resultado fosse atingido Freud aponta: *"Primeiro, o paciente deve, através de preparação, ter alcançado ele próprio a proximidade daquilo que reprimiu e, segundo, ele deve ter uma ligação suficiente (transferência) com o medico para que seu relacionamento emocional com este torne uma nova fuga impossível"* (pg.211). Era preciso cuidado com o manejo da transferência. Freud reitera sua preocupação, na maioria de suas regras técnicas, com o controle sobre as possíveis interferências do analista que foi provocado pela transferência do paciente.

Ao mesmo tempo que a técnica permite alcançar as resistências, precisa manter o analista numa posição tal que ele, a partir de um uso o mais livre possível do seu inconsciente possa, de maneira imparcial, chegar ao inconsciente do seu paciente.

Se de um lado a transferência é um recurso precioso, de outro coloca o analista “em guarda” contra as suas possíveis influências. Ou seja, a contratransferência, em Freud, sempre surge como um tipo de adversidade no processo. *“Equívocos neste processo de recordação ocorrem apenas em ocasiões e lugares em que nos achamos perturbados por alguma consideração pessoal - isto é quando se caiu seriamente abaixo do padrão de um analista ideal”* (1912, pg.151). Outras vezes, a integração da pessoa do analista com a técnica aparece de forma pouco definida: *“Para ele (paciente) é incomparavelmente mais importante que o analista deva possuir qualidades pessoais que o tornem digno de confiança, e que ele deva ter adquirido o conhecimento e a compreensão, bem como a experiência que, somente estes, possam tornar-lhe possível cumprir sua tarefa”* (1926, pg.277).

“Mas se o medico quiser estar em posição de utilizar seu inconsciente desse modo, como instrumento de análise, deve ele próprio preencher determinada condição psicológica em alto grau.....Não basta para isto que ele próprio seja uma pessoa aproximadamente normal” (1912,

pg.154). Ao mesmo tempo em que Freud tenta estabelecer os procedimentos técnicos gerais que atendam ao objetivo da análise, em muitos momentos reconhece que, diante da variedade de patologias, esta tarefa precisa ser modificada: *“A nossa técnica desenvolveu-se no tratamento da histeria e ainda é dirigida, principalmente, à cura daquela afecção. As fobias, porém, já tornaram necessário que ultrapássemos os nossos antigos limites.....Nos casos graves de atos obsessivos, uma atitude de espera passiva parece ainda mais indicada.....Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições”* (1918,pg.208,9,10). A partir das muitas dificuldades clínicas experimentadas, Freud expande sua obra com a segunda teoria das pulsões, mas não apresentou uma correspondente transformação em relação à técnica. Outros autores deram continuidade a esta questão.

É só na década de cinquenta que começam a surgir idéias nas quais a contratransferência é considerada, concretamente, não só um problema técnico, mas também uma questão teórica, reestruturando a presença do fenômeno na análise.

Paula Heimann em Londres (1950) e H. Racker em Buenos Aires (1953), fizeram publicações importantes a respeito do assunto. Posteriormente Racker fez um estudo mais sistemático e completo a respeito.

Mas foram esses dois autores que, primeiramente, evidenciaram a contratransferência como instrumento de trabalho do analista.

Em 1949 Paula Heimann, no XVI Congresso Internacional de Zurich, expressa sua posição, apresentando o artigo “On Countertransference”. Farei uso, aqui, da tradução deste artigo efetuada por Willy Baranger, quando da sua publicação no *The International Journal of Psycho-Analysis*, tomo XXI (1-2), 1950. Dizia P. Heimann: “ *Minha tese é que a resposta emocional do analista a seu paciente, no interior da situação analítica, representa uma das ferramentas mais importantes para o seu trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente*”. Este trabalho, sem dúvida alguma, foi um marco na história da técnica e teoria psicanalíticas, na medida em que estabelece, oficialmente, na comunidade psicanalítica internacional, o lugar da contratransferência, não mais como um fenômeno a ser evitado, mas como instrumento útil ao trabalho psicanalítico.

Heimann explicita que, o trabalho terapêutico que não faz uso da contratransferência, tende a se empobrecer: “*Se um analista trabalha sem consultar seus sentimentos, suas interpretações são pobres. Vi isto com freqüência no trabalho de principiantes, que por medo ignoravam ou suprimiam seus sentimentos*”. A respeito desta opressão interna vivida pelo

analista, sugere algo para além da atenção flutuante já conhecida: *“Eu diria que o analista, ao mesmo tempo que uma atenção que trabalha livremente, necessita de uma sensibilidade para as emoções, livre e desperta, para poder seguir os movimentos emocionais e as fantasias inconscientes do seu paciente. Nossa hipótese é que o inconsciente do analista entende o do seu paciente”*. Neste mesmo artigo, ressalta a natureza humana do relação analítica: *“A situação analítica tem sido investigada e descrita a partir de muitos pontos de vista, e existe um acordo geral a respeito do seu caráter único. Mas, minha impressão, é a de que não se colocou ênfase suficiente sobre o fato de que é uma relação entre duas pessoas”*. (grifos meus).

Heimann, com este trabalho, também oficializa a inclusão dos aspectos subjetivos do analista integrados à técnica, como um elemento que amplia as possibilidades de compreensão dos acontecimentos transferenciais e contratransferenciais da relação analítica.

Racker acrescenta a isso que a contratransferência também configura, de certo modo, o campo onde vai se dar a modificação do paciente. Ou seja, da mesma forma que a transferência, a contratransferência também é um obstáculo, um instrumento, e, ao mesmo tempo, o campo que possibilita a transformação. Lembremos Freud na “Introdução à Psicanálise” (1916, 7-conf. 27), quando coloca que a transferência não só é obstáculo como

instrumento para o tratamento, e que tem a qualidade de mudar a relação de objeto original que tende a se repetir. Quando a transferência é resolvida o paciente passa a enfrentar seus problemas de forma diferente à de antes.

Racker, ao abordar a contratransferência, fala em 3 formas de influência no processo analítico: como obstáculo, enquanto pontos cegos que impedem a compreensão do que está se passando com o paciente; como instrumento, que ajuda o analista a captar melhor o paciente, e como campo onde o paciente faz uma experiência viva e diferente da que teve originalmente, ou da que crê que teve. Além disso, Racker classifica a contratransferência em dois tipos, a concordante e a complementar, segundo a forma de identificação. Na concordante, quando o analista expressa a compreensão da realidade psíquica do seu paciente, o seu ego e o do paciente estão identificados. A complementar diz Racker, implica numa maior quantidade de conflitos, e acontece quando o analista se identifica com os objetos internos do paciente. Quando há falhas na primeira, intensifica-se a segunda, ou seja, se o analista fracassa na identificação concordante, a complementar se destaca.

É muito importante que o analista possa, então, fazer uso consciente desses tipos de identificações, para que haja um bom desenvolvimento do processo analítico. É reconhecendo o sentido da

contratransferência, na relação com o paciente, que ela poderá se tornar um instrumento útil na experiência da análise. O autor aponta como a técnica, em grande parte, se configura a partir de atitudes internas do analista frente a si mesmo.

A classificação feita por Racker tem como base os mecanismos de projeção e introjeção, sem que seja levada em conta a identificação projetiva.

Leon Grinberg (1956), em seu trabalho sobre a identificação e a contra identificação projetivas amplia a discussão do fenômeno. Este autor continuou o trabalho de Racker e, o que o diferencia deste, é que leva muito em conta a identificação projetiva. Postula a diferença entre a contratransferência complementar, na qual o analista responde identificando-se com os objetos do paciente, e o fenômeno no qual o analista se vê forçado a desempenhar um papel através da identificação projetiva do paciente. Grinberg afirma que aqui, não está em jogo a contratransferência do analista, posição que é discutida por outros autores que defendem que, se o analista sucumbe à projeção do paciente, é porque há algo nele que o impede de receber o processo e devolvê-lo. No entanto, em seu trabalho de 1963, “Psicopatologia de la identificacion projetiva y de la contratransferencia”, ao destacar a diferença entre a contratransferência complementar de Racker e a

contra-identificação projetiva, Grinberg explica que na primeira, o objeto com o qual o analista se identifica é vivenciado como próprio, portanto, o analista reage passivamente à projeção a partir de suas próprias ansiedades e conflitos. Na contra-identificação projetiva, a reação do analista não inclui seus próprios conflitos e é provocada, diretamente, pela intensidade e qualidade da identificação projetiva do paciente. Esta é o aspecto mais original da teoria da contra-identificação projetiva.

As idéias de Grinberg se aproximam das de M.Klein sobre identificação projetiva, quando Klein explica que trata-se de uma fantasia onipotente através da qual o sujeito põe no objeto partes suas com as quais fica identificado (1946). Grinberg (1973), em seu trabalho “Psicoanálisis – Aspectos teóricos y clínicos”, ressalta o fato de que o importante da identificação projetiva patológica *“é que esta produz efeitos reais sobre o receptor e que, portanto, é mais que uma fantasia onipotente”* (pg.227) .

A base definitiva da idéia de Grinberg é que na contra-identificação projetiva o analista não participa com seus conflitos e fica dominado pelo impacto projetivo do paciente. Isto assinala um fator comunicativo da identificação projetiva nos estratos arcaicos da psique humana. Está implícito nas idéias de Grinberg, que é fundamental que o analista possa identificar e elaborar suas emoções contratransferenciais para

que assim elas possam se tornar instrumentos úteis à compreensão eficiente do que se passa no processo de análise. Em 1982, este autor, ao fazer algumas reformulações na sua teoria, acentuou que, na contra-identificação projetiva, o analista deve estar disposto a receber e conter projeções do paciente. Assim, o fenômeno não se situa mais fora do campo da contratransferência e, nem a posição do analista é, frente a ela, totalmente passiva.

W.R.Bion, em “Estudos Psicanalíticos Revisados – *Second Thoughts*” (1967), ao focar a relação entre analista e paciente, recorre aos conceitos de continente, *reverie*, identificação projetiva e introjetiva. O analista contém as identificações projetivas do analisando e, através da sua possibilidade de *reverie* (elementos compostos de sensorialidade, tendentes a descargas, transformados em elementos passíveis de pensamento), transforma-os em interpretações que facilitam o contato do analisando com sua realidade psíquica. Sobre a identificação projetiva, Bion acrescenta ao uso fantasioso onipotente deste mecanismo, a possibilidade do seu funcionamento de um modo realista, como um estímulo à capacidade de *reverie* materna. Se entre paciente e analista, mãe e bebê, houver um ajuste mútuo, “*a identificação projetiva, através do emprego de um senso de realidade rudimentar e frágil, passará a exercer papel destacado no manejo em questão; a identificação projetiva, que em geral é uma fantasia onipotente, funciona neste caso de*

*modo realista. Estou inclinado a crer seja esta a sua forma normal...Quando sob a forma de atividade realista, a identificação projetiva manifesta-se como conduta que premeditadamente visa despertar na mãe sensações das quais o bebê deseja livrar-se. Se o bebê sente que está morrendo, pode despertar na mãe o receio de que ele esteja morrendo. A mãe equilibrada consegue aceitar esse temor e reagir terapêuticamente; isto é, de modo a fazer com que o bebê sinta estar recebendo de volta sua própria personalidade amedrontada, mas de uma forma tolerável – os temores passam a ser manejáveis pela personalidade do bebê....A capacidade de reverie da mãe é o órgão receptor da colheita de sensações que o bebê, através de seu consciente, experimenta em relação a si mesmo” (pg.105,6). Se a mãe não puder tolerar as projeções, o bebê só poderá se comunicar através do uso contínuo, e cada vez mais intenso, da identificação projetiva. Através dos conceitos de *reverie* e do modelo continente-contido, temos em Bion o mérito da conceituação e expansão da função comunicativa da identificação projetiva.*

No que diz respeito à contratransferência, Bion muda a sua posição. Em seus primeiros trabalhos sobre o tema refere-se a ela como um recurso técnico útil. Em seu trabalho de 1955, “Language and the schizophrenia” comenta: *O analista que ensaia, em nosso atual estado de ignorância, o tratamento de tais paciente, deve estar preparado para*

descobrir que, em uma considerável extensão de tempo analítico, a única evidência em que uma interpretação pode basear-se é a que se propicia através da contratransferência" (pg.224). Mas no mesmo texto coloca: *"Eu desejaria que não pensassem que advogo este uso da contratransferência como solução final; pelo contrário, é um expediente a que devemos recorrer até que se apresente algo melhor"* (pg.225). Mais tarde, deixa estabelecido que prefere se referir à contratransferência no sentido de patologia no analista. Rocha,E.B.(1994), traz o comentário feito por Bion em 1975, num seminário clínico em Brasília: *"os analistas pensam que podem usar contratransferência. Esta é uma maneira imprecisa de pensar. Você pode usar um sentimento que você tenha, mas sua contratransferência você não pode usar. Por definição, eu não posso fazer coisa alguma com minha contratransferência, a não ser mais análise"* (pg.123). Bion, portanto, fazia uso de seus sentimentos na relação com o paciente, mas preferia fazer uso do termo contratransferência no seu sentido mais restrito, ou seja, o de patologia no analista.

Harold F. Searles é um psicanalista que, também usando como referência sua prática clínica, principalmente com esquizofrênicos, trouxe uma contribuição bastante ampliada e original a respeito da contratransferência. Durante quinze anos trabalhou, por tempo integral, numa

clínica psiquiátrica particular, nos arredores de Washington. Achatz (1994) nos traz a definição adotada por Searles de que *“contratransferência refere-se a atitudes e sentimentos, somente parcialmente conscientes, do analista em relação ao paciente”* (pg.205). Searles a considera como a abordagem mais confiável para a compreensão de qualquer paciente. A pessoa do analista, com suas atitudes e sentimentos, sempre está incluída na relação analítica e, desta forma, passa a ser um dos seus elementos estruturantes. Na teorização deste autor o paciente nunca é visto isoladamente na relação.

A partir do seu trabalho com os pacientes esquizofrênicos, descreveu quatro fases correspondentes às etapas do desenvolvimento do ego, durante o processo da análise. São as seguintes: 1. fase de simbiose patológica; 2. fase de autismo; 3. fase de simbiose terapêutica, que comporta dois momentos, a) fase de simbiose ambivalente e b) fase de simbiose pré-ambivalente, e 4. fase de individuação, também subdividida em c) fase de resolução da simbiose e d) fase tardia, que corresponde à individuação propriamente dita. São fases marcadas por uma sequência evolutiva de envolvimento emocional profundo, entre analista e paciente.

A fase da simbiose patológica se caracteriza pelas identificações projetivas maciças do paciente sobre o analista; este é invadido por objetos parciais devido à fragmentação egóica do paciente. Nesta etapa,

analista e paciente estabelecem uma relação complementar: o indivíduo é parte de uma pessoa e o analista é a outra parte complementar. Na patologia simbiótica, ou o paciente impõe partes suas para dentro do analista, ou evoca, no analista, a tentativa de completar o seu self. Trata-se de pacientes com um nível de integração egóica bastante incipiente, que despertam, contratransferencialmente, sentimentos de insatisfação, incompletude, um tipo de perturbação acompanhada de ameaça de loucura.

O conceito de autismo usado por Searles não diz respeito somente aos pacientes esquizofrênicos, mas a todo tipo de paciente, incluindo os neuróticos, como um estado que pode emergir ao longo do processo analítico. Os movimentos transferenciais desta fase variam entre as seguintes possibilidades: ou o paciente é o mundo todo, ou o analista é o mundo todo, ou ambos funcionam em mundos totalmente separados, sem nenhuma relação um com o outro. Este é o momento em que o analista fica com os seus próprios sentimentos, na medida em que os do paciente não emergem, acompanhados de uma sensação de superficialidade e inutilidade. Searles esclarece que este é um momento que pode provocar uma dose considerável de ansiedade no analista, por mais que ele tenha sido analisado. Para não agir de modo inadequado com o paciente, pois o analista, com o tempo, estará menos vinculado ao paciente e mais exposto ao seu superego, é preciso que

ele compreenda a necessidade do paciente viver esta experiência em sua presença, para que uma regressão na transferência seja possível. O analista então, será o equivalente à mãe, que é o mundo todo, da qual o paciente-criança não poderá ser visto como separado. Na evolução desse processo transferencial é que surge a possibilidade de se instalar uma simbiose terapêutica.

A simbiose terapêutica se caracteriza por uma vivacidade, onde a interação paciente e analista já é possível, com a aceitação da dependência e a introdução de interpretações transferenciais, pois o analista pode ser vivido como separado do paciente. Searles aqui também esclarece, que esta é uma fase necessária no atendimento tanto de psicóticos quanto de neuróticos, e que a contratransferência é instrumento indispensável para o andamento do processo. O conceito de simbiose terapêutica fica mais claro, quando consideramos uma idéia bastante original de Searles, que diz respeito aos esforços não patológicos inconscientes, por parte do paciente, para curar o analista, funcionando em determinados momentos como seu terapeuta. Esta idéia é baseada na hipótese de que, desde os primeiros anos de vida, mesmo nos primeiros meses, há um empenho essencialmente terapêutico do homem, dirigido aos seus semelhantes. Em seu trabalho “O paciente como terapeuta de seu analista” (1972) explicita: *“Eu estou colocando a hipótese de que o*

paciente adoece porque, e no grau em que, seus próprios esforços psicoterapêuticos foram sujeitos a vicissitudes tais, que acabaram se tornando excessivamente intensos, frustrados de satisfação e reconhecimento, misturados, portanto, com componentes de ódio, inveja e competitividade, e por isso sujeitos à repressão” (pg.104). Em termos transferenciais, a doença do paciente expressa sua tentativa de curar o médico, da mesma forma que, em função da falha ambiental sofrida, sempre postergou sua individuação e se devotou a funcionar de forma simbiótica, como terapeuta, para um ou mais membros da sua família. Searles apela, neste momento, para que a evolução transferencial não seja impedida pela atitude do analista “totalmente sadio”, empenhado em ajudar o “doente-paciente” com um “defeito egóico”. Será o grau de integração do ego do analista, que permitirá o reconhecimento de sua dependência em relação ao paciente, como continente dos aspectos menos integrados de sua psique, além de dar conta da carga afetiva que corresponde a essa dependência, característica da fase de simbiose terapêutica. A proposta de Searles é que esta dependência do analista, não seja trabalhada explicitamente: é preciso deixar-se ajudar pelo paciente, no sentido de reconhecer os aspectos de si mesmo dos quais não tinha consciência até então.

Quanto mais profunda a regressão, surgem momentos de intensa ambivalência, de natureza basicamente inconsciente. Na fase da

simbiose ambivalente há constantes projeções e introjeções, pois os limites egóicos do analista e do paciente estão muito enfraquecidos. Ambos se sentem ameaçados, pois cada um personifica para o outro seus próprios conteúdos internos, que ainda não puderam ser integrados. A separação de um e outro torna-se possível, na medida em que esta simbiose deixa de ser inconsciente e pode ser integrada pelo ego. Na fase de simbiose pré-ambivalente, os sentimentos predominantes são de unidade e satisfação. O analista vive uma disposição afetiva amorosa em relação ao paciente, a aceitação de uma intimidade, principalmente em função do reconhecimento da reciprocidade de um compromisso de ajuda mútua. A agressividade que poderá surgir estará subordinada aos sentimentos amorosos. E, em relação à hostilidade na relação, o analista precisa ficar atento pois, uma simbiose pré-ambivalente poderá ser usada por ambos, inconscientemente, como recurso defensivo contra tal sentimento.

A função básica da simbiose, apesar de promover intensas gratificações regressivas, é de proporcionar um amadurecimento. “*Cria para o paciente uma base para um desenvolvimento renovado e mais sadio da sua individualidade. Também o terapeuta tem a mesma oportunidade, numa dimensão evidentemente menor, mas nem por isso insignificante*” (Achatz, 1994). Na fase da individuação, a simbiose terapêutica, que não pode

ser tolerada indefinidamente, devido à necessidade de cada um em buscar sua diferenciação, praticamente se resolve. Searles aponta para o fato do analista viver, nesta fase, momentos freqüentes de sentimentos de perda.

Na descrição das várias fases da interação paciente-analista feita por Searles, fica explicitado que as identificações projetivas do paciente ocorrem sobre os aspectos reais do analista e portanto, há necessidade de que este tenha consciência de seus aspectos reais, como um recurso poderoso para que o paciente possa experimentar uma relação mais integrada com a realidade.

Winnicott, em seu trabalho “O ódio na contratransferência” (1947), refere-se ao desgaste emocional ao qual o analista está exposto, principalmente quando cuida de pacientes muito comprometidos. Ao especificar o tipo de ajuda que o psicanalista pode oferecer ao psiquiatra, nestes atendimentos, comenta: *“O que nós analistas chamamos de contratransferência, precisa ser compreendido também pelo psiquiatra. Por mais que ele ame os seus pacientes, ele não pode evitar odiá-los e teme-los e, quanto melhor ele souber disto, menos o ódio e o temor determinarão suas ações sobre os pacientes”*(pg.342).

Neste artigo, Winnicott faz algumas afirmações que provocaram várias críticas e questionamentos no meio psicanalítico da época.

Expressa a necessidade de que, se um analista trabalha com psicóticos e anti-sociais, é fundamental que, a partir da consciência de sua contratransferência, *“possa isolar e estudar suas reações objetivas ao paciente. Estas incluirão ódio. Os fenômenos da contratransferência, às vezes, serão as coisas mais importantes na análise (idem).* Winnicott, na verdade, acaba expandindo esta sua posição para qualquer tipo de paciente, defendendo a necessidade de que o analista mantenha a objetividade em relação a tudo o que o paciente traga, incluindo ser capaz de odiar objetivamente o paciente. Ele comenta: *“Gostaria de acrescentar que, em certos estágios de certas análises, o ódio do analista é procurado pelo paciente e, neste caso, o ódio objetivo se faz necessário. Se o paciente busca um ódio justificado ou objetivo, ele deve consegui-lo, caso contrário não conseguirá sentir que pode alcançar o amor objetivo”* (pg.348). Para o manejo desta situação, Winnicott aponta o efeito libertador, em relação ao seu ódio inconsciente, da análise vivida pelo analista. Faço aqui um parêntese para lembrar um comentário de Balint que, usando uma metáfora médica em seu trabalho “O médico, seu paciente e a doença”(1956) explica: *“...deve-se conceder ao médico grande liberdade para que trate seus pacientes de acordo com a sua própria personalidade. Dado que nos havíamos proposto a estudar a droga mais freqüentemente usada na clínica geral, nossa tarefa teria sido impossível se tivéssemos imposto*

condições rígidas em nossa droga, o médico” (pg.143,4). Ou seja, sendo o médico a primeira “droga” que se administra a um paciente, é absolutamente necessário que se amplie a reflexão sobre tal “farmacologia” fora do âmbito da representação, mas levando em conta suas atitudes e sentimentos reais na situação de atendimento (grifos meus). Para compreendermos melhor esta capacidade de nos permitirmos odiar nossos pacientes, Winnicott nos fala das mães que odeiam seus filhos muito antes que eles possam vir a sentir ódio por elas, pelo trabalho e sofrimento que eles lhes causam, ainda durante a gestação e todo o período dos primeiros cuidados: *“Não me parece provável que uma criança, na medida em que se desenvolva, seja capaz de tolerar a amplitude total de seu próprio ódio em um ambiente sentimental. Ela precisa de ódio para odiar. Se isto é verdade, não se pode esperar que um paciente psicótico em análise tolere seu próprio ódio pelo analista, a não ser que o analista possa odiá-lo”* (pg.352).

Em seu artigo “Contratransferência” (1960), Winnicott aponta para o fato de que uma atitude profissional não precisa estar montada em defesas, inibições e ordem obsessivas pois isso pode incapacitar o analista para o enfrentamento de novas situações. O analista deve permanecer vulnerável e assim conservar o seu papel profissional. Este deve ser, segundo Winnicott, o grande efeito da análise do próprio analista: fortalecer o seu

próprio ego, de modo a poder permanecer profissionalmente envolvido, sem muito esforço. Nessa medida, a contratransferência diz respeito a aspectos neuróticos que afetam a atitude profissional e a continuidade do processo analítico determinado pelo paciente. Mas aqui, o seu maior interesse não é a discussão das falhas do analista. O foco é a compreensão do modo como surgem, na relação do analista com o paciente, uma série de fenômenos subjetivos do analista, e a sua exposição às tensões em seu trabalho, provocadas por pacientes em regressão, que demandam um alto grau de dependência.

Nos casos de pacientes que necessitam de uma regressão ou *borderlines*, Winnicott afirma que a psicanálise só poderá ser praticada de forma modificada. Esclarece que, para que o *self*-verdadeiro aflore, o paciente terá que passar por um colapso, e o analista assumirá o lugar da falha ambiental para o latente do paciente. É o lugar a partir do qual o analista passará a corrigir a falta de apoio ao ego que alterou o curso da vida deste paciente. O analista estará atento à realidade externa e, ao mesmo tempo, identificado com o paciente. Portanto, quando a transferência for dominada pela necessidade de regressão do paciente à dependência infantil, o comportamento do paciente atravessa as fronteiras da técnica psicanalítica e *“força um tipo de relacionamento direto, muitas vezes primitivo, chegando*

o limite de fusão. Isto é realizado de modo gradual e ordenado e a recuperação é correspondentemente ordenada, exceto onde faz parte da doença que o caos reine supremo tanto interior como exteriormente” (pg.150).

Winnicott deixa claro, neste trabalho, que o “papel do analista” deverá ser determinado pelo diagnóstico do paciente. O neurótico e o psicótico solicitam atitudes diferentes por parte do analista, assim como diferentes manejos com a técnica. Mas é preciso considerar que além do diagnóstico, estas atitudes diferenciadas dependem de uma condição interna do analista, de poder ser informado pelas próprias reações emocionais conscientes, e fazer uso de sua experiência subjetiva naquela situação.

Ao fazer uso tanto da transferência quanto da contratransferência, o analista, no exercício de sua maleabilidade psíquica, na condição de fazer uso de si e de se deixar usar pelo paciente, cria a possibilidade de acesso às necessidades psíquicas deste paciente integrando, na relação analítica, os vários mecanismos por ele (paciente) utilizados. Isto irá permitir o surgimento de novas expressões e articulações autênticas, relacionadas aos fenômenos que vão se dando. Revela-se deste modo, para analista e paciente, uma linguagem própria e característica da dupla, além de um enquadre original que abriga os acontecimentos da relação.

Creio que o modo de ser do analista, incluído como elemento com função técnica efetiva, deverá ser um ponto nuclear de reflexão sobre o futuro da clínica psicanalítica.

Vimos até aqui alguns dos vários pensamentos que afetaram os conceitos de transferência e contratransferência, bases fundamentais da técnica psicanalítica. Mas tais movimentos relacionais, típicos da situação clínica, ocorrem a partir do estabelecimento de uma matriz que engloba a totalidade de tal situação, ou seja, a matriz forjada pelo encontro humano. Agora é necessário levar em conta uma outra natureza de fatos, que não estão restritos à dimensão da técnica, mas que são de natureza ética. Muito do que se passa entre paciente e analista neste face a face, contém elementos de transferência e contratransferência. Mas nada é **apenas** transferência e contratransferência, a ser usada como o faríamos com um “constructo matemático”. Portanto, as questões daí emergentes não são somente as da ordem do psicológico, mas as que dizem respeito às características do acesso a um ser humano existente, que está frente a outro ser humano. Nestas condições, creio que a discussão deva ir para além dos conceitos de transferência e contratransferência. É preciso aprofundar o olhar na questão da atitude diante do outro, o que nos remete, imediatamente, à inclusão da Ética como base fundamental para a reflexão sobre a relação clínica.

CAPÍTULO II

A ORIGINALIDADE NO PENSAMENTO DE DONALD W. WINNICOTT

Início este capítulo expondo, de forma sucinta, as razões que me levaram a escreve-lo. Elas dizem respeito ao impacto que a leitura de Winnicott me provocou, em vários sentidos. O primeiro deles foi deparar-me com um tipo de articulação sobre a teoria, a técnica e a prática que, no meu modo de apreende-la, em nenhum momento se afasta de uma preocupação central: as necessidades e os cuidados para o acontecimento da emergência da pessoa humana. Digo isso pois, às vezes, em meus estudos sobre alguns autores em psicanálise, eu tinha a impressão que a teoria se sobrepunha ao indivíduo. Sentia-me convidada a “inteligentar” conceitos e a me especializar em decifrações. Às vezes fiquei tentada a aceitar tais “convites” que, na verdade, me confundiam e não me traduziam em meu trabalho.

Outra razão, diz respeito ao olhar de Winnicott sobre a psicose. Entendo ser um tipo de olhar que não mantém o indivíduo preso nesta condição. Dependendo da qualidade dos vários encontros que ele possa vir a experienciar ao longo da vida, ele poderá emergir deste estado ou, pelo menos, aliviar sua imensa dor. Nestas condições há mais esperanças para este grau de sofrimento. Entendo que o olhar profundo de Winnicott sobre as

questões da natureza humana em geral, traduz suas vicissitudes com precisão e uma firmeza terna.

Vamos a outra razão: a linguagem viva, pulsante, que Winnicott usa em todo o seu trabalho. Mais do que isso, vejo Winnicott como um modelo de experimentação constante de si mesmo, a partir da qual ele é o que escreve e o que faz. Refiro-me a uma condição de integridade que, para mim, transpira de seus textos, e que revelam um espírito livre.

Penso que Winnicott, ao criar com sua ousadia, novas contribuições ao campo psicanalítico, impregnou-me também de um sentimento libertário, que me motiva na direção de um olhar não avaliador e do cuidado com a nossa condição humana.

A idéia básica deste capítulo, é ressaltar algumas premissas que fundamentam o pensamento de D.W.Winnicott. A sua compreensão sobre o processo da constituição e amadurecimento do ser humano, a partir da dependência do meio ambiente, assim como as psicopatologias originadas nas falhas ambientais, o levaram à criação de um modelo terapêutico bastante original.

O mito de Édipo é um instrumento fundamental na teoria psicanalítica tradicional. A condição edípica é descrita como uma estrutura inata e o indivíduo, portanto, nasce presidido por ela. Esta constituição inata do sujeito edípico é caracterizada por mecanismos mentais, forças psíquicas e

biológicas, ligadas a uma organização corpórea. Estes mecanismos mentais, por sua vez, têm a capacidade de produzir representações de objetos e de transformar representações. O que temos aqui é que o acesso à realidade será sempre através de representações. M.Klein cita o Édipo como uma pré-concepção inata na mente humana, ou seja, o bebê se orienta socialmente a partir desta pré-concepção. Na psicanálise tradicional, o bebê não tem a possibilidade de criar o mundo, pois este já existe, e ele terá que se haver com a incorporação das coisas do mundo, inclusive das relações. A metáfora é da digestão. Em “Inveja e Gratidão” (1957), ao falar da voracidade nos primórdios da vida do bebê, Klein a define como uma “*ânsia impetuosa e insaciável, a exceder aquilo que o indivíduo necessita e o que o objeto se acha capacitado e disposto a dar. No nível inconsciente, a voracidade visa, primariamente, a esvaziar completamente, a sugar até deixar seco e a devorar o seio. O seu objetivo é a introjeção destrutiva*” (pg.34).

A teoria da sexualidade que tem na sua base a premissa edípica, coloca o sujeito em conflito diante das relações de objeto, movido a pulsões que habitam as três instâncias psíquicas, id, ego e superego. São essas pulsões, de vida e morte, que geram a formação do inconsciente reprimido. Este passa a ser o centro das neuroses e das doenças psíquicas em geral.

Para Winnicott, o problema central não é a situação edípica nem o complexo de Édipo. A questão básica gira em torno dos problemas do estabelecimento e desenvolvimento do humano, no encontro do indivíduo com o mundo. Com Winnicott temos uma teoria do amadurecimento humano. Há questões iniciais da vida humana que não são caracterizadas como edípicas, e que ele chamará de agonias impensáveis. São as angustias que brotam das várias ameaças ao existir humano tais como a quebra na continuidade de ser, o desalojamento do próprio corpo. Winnicott faz, portanto, uma teoria do nascer e do contato com o mundo, uma teoria sobre a natureza do existir humano. Aqui, a questão edípica é discutida ao longo do desenvolvimento, nas relações interpessoais, e não colocada como núcleo deste desenvolvimento. É uma teoria da singularização do sujeito. A pessoa não é definida em termos de forças mentais, psíquicas e biológicas. É definida pela integração, através do “ser si mesmo”. Nesta teoria, a patologia básica não é a neurose, mas o não estabelecimento do sentido de si.

Na teoria do amadurecimento humano, a condição inicial do homem é a de ser dependente de outro ser humano para fundar sua existência própria. Em seu artigo “A mãe dedicada comum” (1966 a), Winnicott comenta: *“Do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio e, portanto, a mãe é, inicialmente, parte dele. O importante é que eu sou não significa nada, a não ser que eu, inicialmente, seja juntamente com o outro*

ser humano que ainda não foi diferenciado... 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” (pg.9). Em Winnicott, o foco principal não é colocado no “desejo de devorar a mãe”, pois nesta fase inicial ainda não poderíamos falar que o bebê sente desejos, mas na necessidade da presença concreta da mãe, do colo da mãe. O mundo para ele ainda não existe, e terá que ser criado pelo seu gesto em sintonia com o gesto da mãe. Nestas condições, ele também se inicia. Sua tarefa não é a de incorporar as coisas do mundo, mas estabelecer o si mesmo e o mundo, com o apoio do meio ambiente. **Ele habita e não incorpora o colo da mãe, e precisa sentir a firmeza deste colo.** É a partir desta mãe-colo-segurança e de um ambiente favorecedor, ou seja, um ambiente que forneça as provisões necessárias em sintonia com a necessidade do bebê, que será possível a integração psique-corpo, o inserir-se no próprio corpo e personalizar-se, assim como a constituição da subjetividade. Aqui, amadurecer significa reunir: o bebê tem que ser reunido em seu corpo, no colo da mãe.

Para se humanizar, o bebê necessita de outro ser humano. Esta é uma condição que precisa ser vivida muito antes do que qualquer questão edípica que se coloque. Para atravessar as questões edípicas é preciso que já exista uma pessoa, algum sentido de *self* estabelecido. E é disso que trata o amadurecimento: do surgimento da pessoa, reunida em seu *self*,

experimentando um sentido de ser humano real. Winnicott, em seu trabalho “Teoria do relacionamento paterno-infantil” (1960) define *self* como “o potencial herdado que está experimentando a continuidade da existência e adquirindo, à sua maneira e em seu passo, uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal pessoal” (pg.46). Portanto, se o sentido de si mesmo ainda não está devidamente instalado, como dizer deste bebê que ele inveja o seio, odeia, ou quer destruir? Este é um ponto que diferencia, totalmente, o pensamento de Winnicott e o de M.Klein.

Para a constituição da subjetividade, Winnicott coloca como central a possibilidade do bebê criar. Esta é uma capacidade primária, anterior a qualquer função pulsional. Para ele, a criança nasce com um potencial para alucinar e alucina o objeto da sua necessidade, frente a uma dinâmica instintual (biológica), e não pulsional. Não sendo possível realizar a alucinação na relação inicial com a mãe e o meio-ambiente, instala-se um sofrimento, uma dor, em função de algo que não aconteceu. Em Winnicott, a noção de inconsciente está relacionada com estas interrupções no percurso do indivíduo, falhas no seu amadurecimento. Aqui, portanto, a questão não é eliminar o que foi reprimido, mas reconstituir a continuidade de ser. A mãe, ao se adaptar às necessidades do bebê, promove a ilusão de que o seu seio está sob o controle mágico do bebê. Esta experiência de onipotência diz respeito a todo o cuidado que a criança recebe, tanto nos momentos excitados quanto nos

momentos de quietude. A mãe, ao colocar o seio exatamente no momento e no lugar onde o bebê está pronto para cria-lo, permite a experiência do bebê de criação do seio, inúmeras vezes. Esta é a base para que ele possa criar sua vida no mundo, ou seja, é a base da crença de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar. *“O bebê percebe o seio apenas na medida em que um seio poderia ser criado exatamente ali e naquele então. Não há intercâmbio entre a mãe e o bebê. Psicologicamente, o bebê recebe um seio que faz parte dele e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela mesma. Em psicologia, a idéia de intercâmbio baseia-se numa ilusão do psicólogo”* (1951, pg.27).

Voltemos à concepção do bebê reunido no colo da mãe. Neste momento o objeto é o sujeito, o bebê torna-se o seio. **Esta é uma identificação que funda identidade, o bebê é os atributos do objeto.** O ser vai se fundando nas identificações e a identidade dele será de acordo com o modo pelo qual ele foi tratado. O amor, primeiro, é físico, não importando, neste momento, qual é o desejo da mãe. **Portanto, a idéia de objeto, neste momento, é substituída pela idéia do modo de ser da mãe, e aí, ao invés de estabelecer uma relação com a mãe, o bebê se estabelece.** Aqui temos a mãe-ambiente antes da mãe-objeto. O bebê, para o seu início, só necessita da presença segura e sincrônica da mãe, que lhe inspire confiança em si e no mundo. Ao contrário do bebê em M.Klein, nesta fase não pode haver ciúme

nem inveja de nenhum objeto, já que o bebê não “sabe” o que é possuir algo diferente dele mesmo; a capacidade de possuir será constituída na relação satisfatória com a mãe. O seio não é objeto interno ou externo, bom ou mau. O seio bom, em Winnicott, seriam os cuidados que o bebê recebe que, se satisfatórios, promovem confiança. O espaço inicial do bebê dependente é um mundo subjetivo, anterior a qualquer distinção entre o interno e externo. Nesta condição, portanto, não pode haver, ainda, ataques ao objeto externo, nem conflito interno, e não se pode falar em desejos do bebê mas sim em necessidades.

Nunca é demais assinalar a preocupação central de Winnicott com a sincronização na constituição da subjetividade, e do lugar onde esta temporalização possa se dar. Falamos do espaço onde acontece a emergência do *self* e, para isso, lembremos a colocação de Winnicott de que não existe um bebê sem sua mãe. Ou seja, só é possível compreender o homem a partir das relações, pois a relação é o campo de onde a subjetividade emerge. Aqui se faz necessário explicitar, mais detalhadamente, alguns conceitos introduzidos por Winnicott, tais como o conceito de *holding* e o de objeto subjetivo.

Se formos ao dicionário, encontraremos a tradução do verbo inglês *to hold* como ação de segurar, pegar, apoiar, manter, aderir, sustentar. É disso que se trata o holding, uma experiência relacional, e não um produto cognitivo. Não se trata de um conjunto de atos conscientes e deliberados: a

mãe, em estado de devoção com o seu bebê, não decide, racionalmente, dar holding. Ele acontece ou não. O bebê, totalmente dependente, está na posição de se beneficiar ou de sofrer a qualidade do atendimento que o ambiente e a mãe dispensam a ele. Portanto, *holding* não significa apenas o sustentar físico, mas uma provisão ambiental.

A necessidade do ser humano, desde que nasce, é a de ser, de tornar-se pessoa com individualidade própria. O bebê manifesta essa tendência através de um gesto espontâneo, cuja fonte é o verdadeiro *self*. Ou seja, o gesto espontâneo indica um *self* verdadeiro em potencial que busca o acontecimento de ser no mundo. Na situação de *holding*, o gesto espontâneo do bebê desperta o gesto espontâneo da mãe. A mãe suficientemente boa, em harmonia com o seu bebê, vai ao encontro do gesto dele, alimentando e dando sentido à onipotência desse bebê. Ao dar sentido à alucinação sensório-motora do bebê a mãe delega a ele a condição de criador da realidade. O êxito constante dessas respostas ao gesto do bebê permite que ele atinja o que poderia ser chamado de um estado unitário que fortalece e amplia a expressão do verdadeiro *self*. **O indivíduo é criado no encontro do ambiente favorável com o seu gesto.** Nessas condições, suficientemente boas, os primeiros estágios do processo de amadurecimento tornam-se experiências próprias do bebê. O *self* verdadeiro ganha vida através da implementação das expressões de onipotência do bebê, promovida pela mãe. Ao contrário,

quando a mãe falha repetidamente em encontrar o gesto do bebê, ela o substitui pelo seu próprio gesto, promovendo uma submissão do bebê. Esta submissão é o início do falso *self*, que resulta da inabilidade da mãe em sentir as necessidades do bebê. O *holding*, portanto, promove uma integração que permite o surgimento de uma personalidade no padrão da continuidade e do sentido existencial. O bebê não se integra com o objeto e sim no espaço e no tempo, tornando-se capaz de afirmar sua própria individualidade, e de experimentar um sentimento de identidade pessoal. A partir da presença autêntica da mãe, em estado de devoção, o *holding* se configura como uma qualidade relacional que instala o si mesmo, permitindo a relação da identidade com o real. Na devoção e *holding* o ego materno reforça o ego do bebê.

Cabe aqui esclarecer o conceito de ego em Winnicott. Ego é uma **tendência** que, em condições favoráveis, se fortifica, cresce. O ego, em Winnicott, é tendência ao amadurecimento, e não tem uma meta de objeto, como em Freud: aqui, o ego quer tornar-se unidade. É o ego que faz a experiência do funcionamento do corpo, que organiza; só há corpo se existe uma interpretação do funcionamento do id, dos instintos. Diz Winnicott (1962): “*Não faz sentido usar a palavra id para fenômenos que não são registrados, catalogados, experienciados e, finalmente interpretados pelo funcionamento do ego*” (pg.55). Não podemos falar do id antes de existir uma

interpretação do corpo, uma experiência. Aqui, o ego não se relaciona com o desejo, mas com o id funcional, o id corpóreo. Tudo começa onde começa o ego. O ego é anterior ao id, é anterior ao *self*. Podemos dizer, então, que o ego será forte ou fraco, dependendo da capacidade da mãe em satisfazer a dependência absoluta da criança, desde o início. *“É um estado harmonioso entre mãe e bebê onde ela desenvolve um tipo de identificação extremamente sofisticada com ele, embora permaneça adulta”* (1966, pg. 9).

O que temos portanto, na fase inicial da vida do bebê, são as necessidades de um ser imaturo as quais, se não forem atendidas, não o colocam em frustração, mas sim o aniquilam enquanto pessoa. São as agonias impensáveis:

- O bebê cai aos pedaços
- O bebê cai para sempre
- Não há conexão com o corpo
- Carece de orientação espacial

Estas são angustias psicóticas. A psicose é a primeira doença que surge no ser humano. As defesas contra essas tragédias precoces podem se organizar com o desenvolvimento de um si mesmo que toma conta de si, que faz um *self-holding*. Ou seja, se o núcleo do si mesmo não recebe o atendimento necessário por parte do ambiente, ele não cresce. Fica aprisionado em si. O *self-holding* é a origem do falso-*self*. É aquilo que entra no lugar do que não

ocorreu. Esta é uma experiência muito violenta: o gesto que encontra o vazio começa a viver a violência, pois é o gesto que cai no infinito. O bebê que sofreu a presença do corpo, como algo não sustentado, experimentou a violência. Sem o *holding* temos, portanto, o estado de desintegração, onde a mãe, repetidamente, ao falhar no encontro com o gesto do bebê, o substitui pelo seu próprio gesto, promovendo uma submissão do bebê. Ao contrário, o gesto que encontra o corpo materno é o gesto que é no outro, é o gesto do ser. “O *holding*, assim como a gravidez, é uma espera disponível à emergência do ser” (Safra,1998). **Se o *holding* não aconteceu, o indivíduo não encostou em nada. Ele mingua, pois não houve o início de si mesmo. No lugar da alucinação do gesto ocorreu a falsificação do gesto.** A idéia de *self* verdadeiro está ligada à idéia de gesto espontâneo. Esse gesto não dá expressão a um sentimento: é um impulso que visa manifestação. A alucinação aqui, não é representação, é gesto, é manifestação espontânea que precisa ser confirmada como real, pela mãe. O gesto não simboliza nada mas, uma vez realizado e encontrado pelo outro torna possível a condição de simbolização. No falso *self* a própria espontaneidade não é vivenciada. Ser real é a capacidade de produzir gestos próprios. Existência falsa não significa ser irreal; significa que o sujeito é oco, sem substância, sem condição de concentração. Vive, constantemente, um sentido de irrealidade. **As falhas na**

provisão ambiental não promovem perda e sim privação: a privação de si mesmo.

Na situação harmoniosa entre mãe e bebê este, por outro lado, também identifica-se com a mãe nos momentos calmos que ela possibilita a ele (mãe-ambiente). São períodos de relaxamento em que ocorre a não-integração. Não são momentos vazios, mas estados de continuidade do ser onde esse relaxamento é uma experiência inercial de já existir. A mãe é, ao mesmo tempo, portanto, objeto da demanda excitada e da demanda relaxada. Relaxamento significa, do ponto de vista do bebê, não sentir necessidade de se integrar. Sentir necessidade de se integrar significa estar excitado e, a possibilidade do relaxamento é garantida pela mãe. O relaxamento pressupõe a existência de um passado, alguma confiança vivenciada. Os momentos de integração e não integração são o oposto do estado de desintegração, que resulta numa atividade caótica contra a agonia impensável decorrente da falta de *holding*. A mãe suficientemente boa e o ambiente favorável (mãe-ambiente) são um jeito de ser que apresenta os objetos e cria, no bebê, um jeito de ser do bebê para criar objetos. **Ou seja, a mãe e a mãe-ambiente permitem a criação do si mesmo que, por sua vez, cria o mundo.**

O trauma, portanto, na teoria do amadurecimento é a suspensão do ser. Não diz respeito a algo que aconteceu mas ao que nunca

aconteceu. O trauma contém um elemento temporal: o indivíduo pára o seu crescimento. Em M.Klein temos os problemas com o objeto, em Winnicott temos a interrupção da continuidade de ser. Com esta mudança de olhar temos uma teoria na qual a etiologia da doença psíquica não está associada a uma angustia relativa ao complexo de Édipo, ou a uma regressão a um ponto de fixação da libido. O quadro da compreensão das psicoses não é a teoria da evolução da função sexual, mas a teoria geral da tendência inata ao amadurecimento, da pessoa humana. É a falha da provisão ambiental que constitui a doença psicótica. O sujeito não pode confiar no ambiente. O que traumatiza é a não confiabilidade. Sem a devoção e o *holding* não há confiança, a fé na vida é boicotada.

É a partir da devoção, ou seja, da condição da mãe se direcionar às necessidades do bebê, que é possível a criação do primeiro objeto, o objeto subjetivo (este conceito foi desenvolvido por volta de 1961/2). No início, diz Winnicott, não existem objetos nem internos, nem externos. O que existe são os objetos subjetivos. A problemática do objeto subjetivo é relacionada à problemática da identidade, da formação do si mesmo. Além de não serem nem internos ou externos, os objetos subjetivos não são nem amados, nem odiados. A relação com eles é constitutiva da individualidade do bebê. Falamos aqui, de uma identidade primária, onde o bebê é o objeto. Ele não ama o objeto, ele não usa o objeto: ele é o objeto. Portanto, nesta fase do

desenvolvimento, sob o domínio dos objetos subjetivos, não podemos falar em relações como falaríamos em se tratando de objetos externos. Estes o bebê pode amar, odiar, usar, tentar satisfazer-se com eles. Mas com os objetos subjetivos nada disso ocorre. O bebê pode apenas sê-los. O bebê, neste momento, não se relaciona com o seio, ele é o seio. É a partir da instalação dos objetos subjetivos, e da sua posterior destruição, que a externalidade dos objetos externos é criada, que o uso dos objetos é possível. Sob o domínio dos objetos subjetivos, a identidade primária que se estabelece, é importante esclarecer, não é fruto de introjeção, e não se pode falar em internalização. Ainda não há oposição entre interno e externo e portanto, não há uso de objeto pois não há diferenciação.

Vamos introduzir agora mais dois conceitos que, em Winnicott, explicam como se funda esta identidade do sujeito, e que falam de uma sexualidade humana não regida pela questão edípica, mas com elementos pré-genitais, não edípicos em sua base. São os conceitos de elemento masculino puro e elemento feminino puro. O termo elemento se refere a um modo de funcionamento. **O elemento masculino diz respeito à relação passiva ou ativa com o objeto, a partir dos instintos.** Instintos são impulsos biológicos que exigem ação ou, na impossibilidade da ação, exigem passividade. Esse elemento masculino instintual pode existir tanto em homens como em mulheres. É um modo de relação com o objeto que é usado ativa ou

passivamente. O momento psiquicamente masculino do desenvolvimento é posterior ao feminino. **O que é o elemento feminino? É o elemento que não age ou se deixa agir pelo objeto, mas que se torna o objeto seio, mãe. Trata-se da identidade que funda a existência.** O bebê se abraça ao objeto (não é fusão, pois para haver fusão é preciso dois objetos): é um objeto que não é distinto dele. É o primeiro objeto, objeto subjetivo. Se o bebê se torna a mãe, ele se torna o modo como ele é tratado. A partir daí vai se estabelecendo uma identidade primeira. O bebê, a partir da experiência de tornar-se o objeto subjetivo, passa a sujeito objetivo. Ou seja, o bebê quando se torna objeto ele se objetiva, e assim estabelece o si mesmo. Antes da identificação com o objeto há o indivíduo, mas não há o si mesmo. O si mesmo é uma aquisição do indivíduo a partir desta primeira identidade, e é desta forma que surge o sentido de ser real. Quando se tem a experiência de sujeito objetivo, se tem a experiência da própria realidade. Identidade é um processo através do qual vai se tecendo uma unidade, que identifica esse indivíduo e que é a base do seu sentimento de ser real. Não é uma primeira identidade egóica. É o si mesmo. Portanto, no início, só existe identidade, não é relação, não é estar-com. No que se torna mãe, o bebê é. Isto permite a ele existir.

A instalação desta primeira identidade só é possível a partir da facilitação ambiental e, portanto, é totalmente criada pelo bebê. **Aqui ainda não há internalização, é uma identidade pelo outro.** Winnicott

refere-se ao objeto subjetivo para descrever o primeiro objeto, o objeto ainda não repudiado como um fenômeno não-eu. Assim, à medida que o bebê cresce, nenhum sentido de *self* surge, exceto na base desse “relacionamento de ser”. O bebê e o objeto, neste período, são um só. Esta é a relação de objeto que o elemento feminino estabelece: a experiência de ser. Ao contrário, a relação de objeto do elemento masculino, concede ao objeto a qualidade de ser não-eu, separada do eu.

A psicanálise tradicional em Freud e M.Klein deu uma atenção especial ao elemento instintual masculino. A compreensão do ser humano, em Winnicott, gira em torno da necessidade de ser, não da problemática dos instintos. Esta só poderá se desenvolver após a necessidade de ser ter sido satisfeita. Aqui, a oralidade não é erótica nem sádica, não é voracidade tal como entendida na psicanálise tradicional. Em Klein (1957) a origem da não confiança em si e no mundo é explicada de outra forma...*”A inveja intensa do seio que amamenta interfere com a capacidade de satisfação completa e assim, solapa o desenvolvimento da gratidão.....sugeriria que ela é inconscientemente sentida como o maior de todos os pecados, por espoliar e prejudicar o objeto bom que é a fonte da vida. A sensação de haver danificado e destruído o objeto primário prejudica a confiança do indivíduo na sinceridade das suas relações posteriores e o faz duvidar de sua capacidade para o amor e a bondade”* (pg.48,9). Foi nesse momento, com a

teoria da inveja, que se consumaram, definitivamente, as diferenças entre os pensamentos de M.Klein e D.W.Winnicott. Em 1937 Klein, em seu trabalho Amor, Ódio e Reparação, juntamente com Joan Riviere, deixa claro sua tese de que o funcionamento mental é o resultado da interação entre amor e ódio e, mais adiante, reafirma as origens do complexo de Édipo a partir das fantasias orais sádicas ou libidinais, em relação ao corpo da mãe que contém o pênis do pai, como parte do complexo pleno. Para Winnicott, as questões do início da vida não são de natureza pré-edípicas, mas não-edípicas. Já na sua atuação como pediatra, Winnicott notava que tal abordagem não dava conta dos distúrbios infantis que observava. Descobriu então a existência de distúrbios anteriores ao complexo de Édipo plenamente desenvolvido e, muitos casos, nos quais a fase edípica não chegava a ser constituída. Não havia pulsão pré-genital, ou seja, a excitação pré-genital como resultado do movimento do id. Ele afirmava que a oralidade precoce não poderia ser definida em termos do id, como erótica ou sádica, e sim em termos do eu, como impiedosa ou como preocupada (*concerned*). Neste momento a agressividade é quase sinônimo de atividade: um bebê ao morder o mamilo não tem a intenção de destruí-lo.

“É uma questão de função parcial....A agressão faz parte da expressão primitiva do amor.....No período da pré-preocupação o bebê ainda não consegue reconhecer que o objeto destruído por sua excitação é o mesmo que ele valoriza nos intervalos tranquilos entre as excitações. Aqui a agressão é

uma parte do amor” (1950/5, pg.356,7). O período seguinte que Winnicott denominou estágio da preocupação (Klein o chamou de posição depressiva) traz a capacidade de sentir culpa....”*A culpa se refere ao dano que se sente ter feito à pessoa amada durante a relação excitada. Quando saudável, o bebê pode sustentar a culpa e, desta forma, com a ajuda de uma mãe pessoal e viva (que personifica um fator temporal), é capaz de descobrir seu próprio ímpeto pessoal de dar, construir e reparar*” (Idem–pg.358). Esta é uma agressividade constitutiva de subjetividade pois além de se preocupar com os efeitos na mãe, o bebê também perceberá em si os efeitos dessas experiências. Agora ele começa a “administrar” o seu mundo interno e, para tanto, ele precisará estar habitando o seu corpo, para poder diferenciar entre o que está dentro e o que está fora de si.

Vemos, portanto concepções muito diferentes do que seria o modelo básico da doença mental. A esquizofrenia, por exemplo, não estaria ligada a conflitos internos como causas. O esquizofrênico não é reprimido, pois ainda não tem um lugar dentro para reprimir. Há uma cisão que é o não-acontecido, não o reprimido, e assim instala-se uma agonia impensável. A defesa que o indivíduo constrói, então, é a doença. A regressão será ao ponto da ruptura, à dependência, e não ao ponto de fixação. A função terapêutica para este tipo de problema é fazer acontecer o que nunca aconteceu.

Aqui nos parece pertinente fazer alguns comentários sobre o procedimento terapêutico e o lugar do analista na análise winnicottiana. A primeira coisa a ser apontada é que em Winnicott, a natureza da intervenção não tem um caráter decifratório. “ *Não se trata de revelar uma verdade que foi distorcida, mesmo quando há uma interpretação do fenômeno transferencial. Mais importante do que encontrar um significado que foi distorcido, será a possibilidade de enfocar um agir no mundo* (Safra, 1998). Esta formulação diz respeito à capacidade de ação do ser humano, mas de uma ação que não é uma atuação, um “*acting-out*”. É uma ação que é o gesto que abre possibilidades, que cria o mundo. É o agir no mundo. Este é o enfoque que norteia todo o trabalho na clínica de Winnicott. Mesmo sobre o modelo edípico, Winnicott se refere a ele e o utiliza, não na direção dos desejos reprimidos, mas como um campo que vai possibilitar uma determinada constituição psíquica, que permite ao indivíduo a condição de agir ou não no mundo, de uma forma distinta. Ele explica, por exemplo, que a castração, além de ser temida, é buscada pelo menino pois, para ele, o desejo em si, da mãe, é enlouquecedor, até porque o garoto não tem aparato psíquico para lidar com a intensidade daquele desejo; é nesse sentido que a castração é buscada, pois traz uma intermediação para o desejo e, conseqüentemente, um alívio para o garoto.

Então, como esta questão do agir no mundo é considerada na intervenção? Na medida em que a premissa básica, em Winnicott, é a de que

não existe o bebê sem a sua mãe, portanto, não existe o indivíduo sem o seu meio-ambiente, temos que o par indivíduo-contexto precisará sempre ser abordado. Ou seja, a interpretação estará relacionada, principalmente, a um agir no mundo, valorizará a experiência que reorganiza a maneira do indivíduo se ver, ocupar o seu lugar e se relacionar com os outros. Winnicott denominou esta dinâmica de “lição de objeto”, que tem a ver com alguém poder entrar na vida de outro de uma forma tal, que põe em marcha novos gestos, os quais promovem uma reorganização do *self* do indivíduo no mundo. O ponto fundamental da análise de Winnicott, é poder intervir de forma a abrir novos gestos e novas possibilidades de ser no mundo. Em Freud e Klein, a transferência é valorizada como o lugar de experiência transformadora, de como o indivíduo se debate com a pulsão de morte. Para Winnicott, a relação com o analista é importante porque é o lugar da emergência do acontecer humano. O analista é importante como pessoa real pois há uma transferência de função, e com isso, a **atitude do analista**, a maneira como ele se comporta, o seu estilo de ser apresentado ali, diante do paciente, é o primeiro elemento importante no trabalho psicoterápico pois, do ponto de vista das atitudes, há uma comunicação silenciosa ocorrendo durante todo o tempo no campo subjetivo. Recordemos aqui o conceito de objeto subjetivo desenvolvido por Winnicott: o bebê é a mãe e os cuidados que recebe. Esta é uma questão que

estará sempre no centro do manejo e do estabelecimento do “*setting*” da situação clínica.

Sobre o *setting*, Winnicott também nos trouxe uma teorização muito específica. A premissa básica é a de que não podemos compreender o indivíduo fora das relações, ou seja, fora do campo de onde a sua subjetividade emerge. O *setting*, portanto, deverá corresponder à maneira como o *self* do indivíduo está constituído naquele momento; aquela organização de *self* determinará o estabelecimento de algumas características e o uso do *setting*. O fato do indivíduo viver um sentido de si mesmo muito inconsistente ou de já ter esse sentido de si mais organizado, instalado, fará toda a diferença. No primeiro caso, o *setting* poderá ter a função de *holding*, sendo a referência e a possibilidade do indivíduo encontrar um sentido de continuidade de si, através da própria estabilidade do *setting*, da estabilidade do analista. Nestes casos, o atendimento é conduzido de tal forma que a situação clínica passa a dar um senso de continuidade e unidade ao paciente. Neste sentido, o *setting* é o corpo do paciente: é o que dá forma, espaço, tempo, ou seja, um lugar para alguém que vive a experiência de não ter lugar em si e, conseqüentemente, não se apropria do seu lugar no mundo. O *setting* assim manejado é o corpo do analista que, neste momento, é o corpo do paciente. Esta é a questão central da função do *holding*.

Nesta condição de organização de *self*, é importante nos demorarmos mais sobre a conceituação dos estados excitados e de quietude criada por Winnicott, ao se referir aos primeiros estágios de desenvolvimento da criança. Ele nos mostra que a criança se desenvolve em duas direções: a dos estado excitados e a dos estados de quietude que ela possa encontrar. Os estados excitados se originam das necessidades instintivas, da própria excitação muscular da criança. É importante que a mãe possa ir ao encontro desses estados, não apenas para satisfazer a necessidade instintiva, mas para, com o seu corpo, oferecer a oposição fundamental pra que essa excitação ganhe um sentido. Surge, então, o que Winnicott chamou de amor impiedoso. O estado de quietude só poderá ocorrer a partir de alguma confiança instalada, de um holding satisfatório, o que permitirá uma experiência de continuidade. Os estados de excitação e quietude, nos esclarece Winnicott são, originalmente, dissociados, como dois núcleos de *self* que, ao longo do desenvolvimento, podem vir a se integrar. São dois estados que resultam em duas concepções distintas de mães: a mãe que vai ao encontro da excitação é a mãe-objeto, e a que permite a quietude é a mãe-ambiente. A mãe-ambiente tem como característica não aparecer, é a mãe-silenciosa. O estado de quietude é o próprio estado de ser. No estado excitado temos o núcleo do desenvolvimento do fazer. Winnicott chamou de ser ao elemento feminino puro e fazer, ao elemento masculino puro. A quietude e a excitação, o ser e o

fazer podem, eventualmente, se integrar ao longo do desenvolvimento, dando origem ao estado de concernimento, de preocupação (*concern*). É neste momento que o bebê pode se dar conta, de que a mãe impiedosamente amada é a mesma mãe que possibilita o descanso, a quietude.

O que está em jogo, levando em conta estes conceitos sobre o uso do *setting*, nos casos onde o si mesmo não é experienciado pelo paciente, é o estabelecimento, na relação com o analista, do estado de quietude, do estado de ser. Aqui, o manejo da situação se dá de forma que o paciente se reconheça no *setting* e no analista. O estado de ser é fundante de todo processo criativo, pois o gesto só é criativo quando se origina do repouso. O gesto que parte da excitação é reativo, não criativo. O analista então, fará uso do espaço e do tempo do *setting* como elementos flutuantes, para promover o sentido de continuidade do paciente. No cap. IV do livro “O Brincar e a Realidade” (1951), cujo tema diz respeito à atividade criativa e a busca do *self*, temos Winnicott defendendo a idéia de um tempo mais longo para algumas sessões onde, muitas vezes, se faz necessário dar sustentação ao que ainda não tem forma.... *“a pessoa a quem estamos tentando ajudar necessita de uma nova experiencia num ambiente especializado. A experiência é a de um estado não intencional, uma espécie de tiquetaquear, digamos assim, da personalidade não-integrada. Referi-me a isso como amorfia..... Somos levados ao encontro de uma necessidade de diferenciação entre atividade*

intencional e a alternativa de ser não-intencional” (pg.81). O *holding* ao amorfo só é possível se o analista não sofrer de uma aflição interpretativa que, precocemente, poderá inundar a situação com sua presença ofuscante o que, neste momento, abortaria qualquer possibilidade de criação. Ao contrário, dando sustentação ao que ainda se apresenta como caótico, o analista permitirá que, desse caos, possa emergir um gesto que efetivamente represente aquele indivíduo, o que o colocará na direção de um sentido de unidade de ser real, dentro do seu estilo pessoal.

Passemos agora, a alguns pontos da teorização sobre o *setting*, no caso de pacientes cujo sentido de si mesmo, de unidade, já está organizado. Estes são indivíduos que já se relacionam com outros como outro, ou seja, já tendo estabelecido o eu e o não-eu. Nesses casos o *setting* funciona como o terceiro elemento: temos o analista, o paciente e o *setting*, a triangulação edípica e todas as questões inerentes a ela determinando, assim, a dinâmica específica dessa situação. Para Winnicott, o momento edípico é fundamental, não só pelas razões já extensamente discutidas na teoria psicanalítica, mas também porque dá ao indivíduo novas posições no mundo. Quando ele afirma que o menino além de temer busca a castração como elemento libertador, ele aponta que a castração é o elemento que possibilita o acesso ao desejo. Em seu trabalho “Holding e Interpretação” (1954) temos, com frequência, a ilustração de como, naquela situação clínica, o *setting* foi

usado como elemento de organização e construção da situação edípica. Vamos a um pequeno fragmento de sessão descrito por Winnicott neste trabalho:

Analista: "Você está falando sobre idéias ou sobre uma relação sexual real?"

Paciente: "Acho que me refiro a tudo, inclusive à relação sexual. Mãe e filho é muito inaceitável. A palavra querido pertence a essa relação íntima. A questão é: o que quer dizer incesto?.."

Analista: "Você está usando a proibição da sociedade do incesto entre mãe e filho porque não consegue encontrar o homem que ficará entre você e sua mãe. Isso significa que seu pai não cumpriu o seu papel, e você, portanto, não tem ódio nem medo do homem e está de volta à antiga posição: ser frustrado pela mulher ou desenvolver uma inibição interna".

Paciente: "É a moça que proíbe."

Analista: "O tempo todo você está procurando pelo homem que dirá não no momento certo; alguém que você poderia odiar ou desobedecer e com quem você poderia chegar a se entender. Pouco a pouco, ao zangar-se comigo, você está permitindo que eu ocupe essa posição".

Paciente: "Nossa sessão deve estar terminando; isso de certa forma, quer dizer não."

Analista: "Nesse caso, estou dizendo não, o que quer dizer que, por hoje, chega de análise. estou me interpondo entre você e a análise e mandando-o embora" (pg.92,3).

O *setting* nunca poderá ser pré-definido na situação clínica. Os estilos de ser do paciente e do analista irão criar este campo, que parece não poder ser caracterizado apenas como intersubjetivo, mas também "intercorpóreo". O *setting* assim montado terá uma função especular. Ou seja, da mesma forma que a mãe deveria reconhecer a singularidade da criança, permitindo que ela faça uso do espaço e do tempo em seu padrão e ritmo, é importante que o analista *"possa, gradualmente, reconhecer e levar em conta as características culturais assim como incluir e focalizar o estilo de ser do paciente, para que isso seja integrado na maneira como o setting é conduzido"* (Safra,1998). Não se trata de uma organização que dependa da condição mental ou da maleabilidade psíquica do analista, mas algo muito mais poroso e não totalmente nomeável, algo que não pode ser anatomicamente definido, que passa do analista para o paciente e vice-versa, que se concretiza num corpo que dança ao ritmo da dupla. Há uma ação criativa que promove o espaço analítico. Entendo que a idéia de rigor estará muito mais ligada a uma criação que inclua o modo de ser da dupla paciente-analista, do que à obediência cega a regras fixas que possam impossibilitar a emergência de novos movimentos. O *setting* rigoroso deverá contemplar a

singularidade do indivíduo, sua linguagem de ser, sua linguagem afetiva, o seu idioma pessoal e único; só assim o paciente poderá, realmente, trabalhar com o analista, na medida em que este possa fornecer as condições que são solicitadas pelo modo de ser e necessidades desse paciente. Creio que o *setting* assim fundamentado, passe a ser um elemento fundamental que possibilita a satisfação das necessidades psíquicas do paciente na transferência constituindo, desta forma, novas estruturas deste *self*, tornando-o mais consistente.

Passemos agora ao conceito de “uso de um objeto”, desenvolvido por Winnicott no período próximo ao final de sua vida. O principal enunciado deste conceito foi feito em novembro de 1969, numa palestra à Sociedade Psicanalítica de Nova Iorque, e depois, em 1971, no livro “O Brincar e a Realidade”, postumamente publicado. Winnicott esclarece que é um conceito que resulta de sua experiência psicanalítica, e que diz respeito a determinados movimentos transferenciais por ele percebidos.

Na base do conceito, Winnicott (1969) coloca o surgimento da confiança que o paciente poderá ir experimentando, em relação ao “cenário psicanalítico” vivido ali com o analista que, por sua vez, deverá cuidar para não interromper esta evolução, com sua pressa em formular interpretações. É fundamental poder esperar.... *"Se pudermos esperar, o paciente chegará à compreensão criativamente, e com imensa alegria.....Trata-se de partir do*

princípio de que é o paciente, e apenas ele, que tem as repostas. Podemos ou não torná-lo apto a abranger o que é conhecido, ou disso tornar-se ciente, com aceitação” (pg,121,2). Por outro lado, o trabalho interpretativo do analista que se faz necessário, será efetivo se fruto da possibilidade do paciente usar o analista. Winnicott aponta, neste momento, para a preocupação com o estabelecimento da capacidade de usar objetos sentida ou não por um paciente. Para tanto, tal objeto precisará estar fora da área dos fenômenos subjetivos. Ou seja, o uso do objeto implica que o objeto faça parte da realidade externa, diferentemente da relação de objeto, que pode ocorrer com um objeto subjetivo (grifos meus). O uso do objeto envolve outros movimentos transferenciais além dos que caracterizam uma relação de objeto.

Aqui, Winnicott amplia a compreensão dos fenômenos transferenciais, incluindo a experiência do paciente com um analista que não é fruto de projeções e introjeções. O analista, para ser usado, *“deve ser necessariamente real, no sentido de fazer parte da realidade compartilhada”* (pg.123). O uso implica na existência independente do outro, enquanto a relação de objeto é descrita em função do sujeito individual. Neste caso, trata-se da percepção do objeto como entidade projetiva.

A passagem da condição de relação para a condição de uso do objeto, que implica portanto uma mudança para o princípio de realidade,

dependerá do favorecimento do ambiente. Ao longo do processo de amadurecimento teremos, em primeiro lugar, a relação de objeto; para viver a experiência de uso do objeto o sujeito precisará colocá-lo fora do campo de seu controle onipotente. Isto implica na destruição do objeto enquanto subjetivo e, à sobrevivência deste, a sua externalidade. O sujeito então, passa ao uso do objeto que sobreviveu e este, *“em sua própria autonomia e vida, contribui para o sujeito, de acordo com suas propriedades”* (pg.126).

Graças à sobrevivência do objeto, o que significa não ter havido retaliação, pois a atividade destrutiva é a própria tentativa de colocar o objeto fora do controle onipotente, o sujeito começa a viver -no mundo dos objetos.

Assim sendo, a projeção já não é compreendida como um mecanismo de concepção da realidade externa, e a destruição passa a ser fundamental na criação desta realidade, colocando o objeto fora do eu. O que temos é o sujeito que, ao criar o objeto, está descobrindo a própria externalidade, e esta experiência dependerá da capacidade do objeto de sobreviver. Winnicott afirma que na prática analítica, podemos ter modificações positivas profundas se o analista, a técnica e todo o “cenário analítico” puderem resistir aos ataques destrutivos do paciente, na sua tentativa de colocar o analista fora do seu campo onipotente de controle. *“Ver-se-á que, embora destruição seja a palavra que estou utilizando, essa*

destruição real relaciona-se ao fracasso do objeto em sobreviver. Sem esse fracasso, a destruição permanece potencial. A palavra destruição é necessária, não por causa do impulso do bebê a destruir, mas devido à suscetibilidade do objeto a não sobreviver, o que também significa sofrer mudança de qualidade, de atitude" (pg.129). Se a experiência de destrutividade não puder ocorrer, o analista continuará sendo usado como projeção de uma parte do eu, e assim, o sujeito fará apenas um tipo de auto-análise, sem ter sido tocado mais profundamente.

O enunciado deste conceito remete a um valor positivo da destrutividade que, somada à sobrevivência do objeto, permite a criação de uma realidade compartilhada que o sujeito poderá usar.

Com estas colocações Winnicott nos faz pensar no fenômeno do uso de um objeto como estimulante do *self-verdadeiro*. Nestas circunstâncias, para que haja uma efetiva contribuição ao sentido de existência do sujeito, é fundamental que o analista possa estar ali, em disponibilidade para uso por parte do paciente, assentado em sua autenticidade (grifos meus). Entendo que a utilidade do analista enquanto objeto de relação, além de sua habilidade com a técnica e a teoria, envolve o fato dele estar oferecendo ao paciente, elementos de sua personalidade. Seria extremamente danoso e, por que não dizer, um desperdício de tempo, se esta presença do analista não fosse marcada por sua autenticidade, pois no mínimo, isto impediria ao paciente

uma experiência com o outro, baseada na convicção de manter-se na sua verdade. Assim, não estaria sendo facilitado a ele, alcançar o exercício da liberdade de viver sua singularidade, nas relações no mundo.

Bollas (1989), ao comentar o conceito de uso de um objeto, acrescenta: *"O analista não deve observar somente as apresentações dos sentimentos, palavras e particularidades do paciente, mas ficar simultaneamente atento à sua própria resposta interior. Além do mais, como essa resposta interior é composta com freqüência da ativação dos elementos de sua personalidade, ele precisa estar disponível para o uso seletivo que o paciente faz desses elementos. É necessário que reconsidere a técnica em termos de como tornar disponível o dialeto do uso mútuo, para que o analisando aumente sua compreensão de si mesmo"* (pg.120). Tratam-se de elementos humanos , universais, tais como interesse, incerteza, confusão, angustia, prazer, hostilidade, desânimo, desespero, afeição, amor, quietude, dor física e muitos outros, dos quais o paciente poderá fazer uso inconsciente no analista, provocando o movimento do *self* verdadeiro. Bollas chama a atenção para o fato de que o *"o significado de cada elemento surge somente de sua função dentro do campo intersubjetivo"* (pg.121). Num tipo de uso, por exemplo, o paciente dará uma forma ao analista reconstituindo, muitas vezes, experiências relacionais de uma fase inicial de sua vida.

O ponto central da criação do conceito de uso de um objeto diz respeito ao fato de que, contrariamente à teoria psicanalítica tradicional, onde a agressividade é entendida como uma reação ao princípio de realidade, aqui, é do impulso destrutivo que surge a qualidade da externalidade. Esta mudança de olhar faz toda a diferença no entendimento de alguns momentos na clínica que, ao invés de serem interpretados como ataques, serão compreendidos como busca de novas possibilidades de relação.

Na medida em que temos todos esses elementos, até agora descritos, na base da constituição do *self* verdadeiro, contemplados na criação do *setting* analítico, isto possibilitará que a análise deste indivíduo ocorra no padrão de sua singularidade. Trata-se de um fenômeno que acontece no *setting*, envolvendo a dupla paciente- analista, que possibilitará o aparecimento das características deste paciente, ao longo do tempo. A discussão desse fenômeno envolve o tema, desenvolvido por Winnicott em 1967, sobre a localização da experiência cultural

No texto “A localização da experiência cultural” (1967), Winnicott traz a sua questão: *“Onde se localiza a experiência cultural? ...Freud, em sua topografia da mente, não encontrou lugar para a experiência das coisas culturais.....utilizou a palavra sublimação para apontar o caminho, mas talvez não tenha chegado ao ponto de nos dizer em que lugar, na mente, se acha a experiência cultural”* (pg.133). Ou seja, Winnicott se

pergunta qual é a área do brincar que permite um viver criativo. A brincadeira não é apenas fruto de realidade psíquica interna e nem da realidade externa. Quando o bebê faz uso de um objeto transicional, a primeira possessão não-eu, temos este objeto simbolizando a união do bebê e a mãe, agora separados, no tempo e no espaço. Trata-se de um fenômeno transicional, e este é o lugar que Winnicott pesquisa com esta teorização, “a separação que não é uma separação”. Não são experiências de natureza instintual, ou reações à frustração, mas são experiências da natureza do brincar. Brincar diz respeito ao experimentar-se nas relações e no mundo. É uma busca criativa de uma condição real de ser. É a experiência do próprio viver, à parte a presença ou ausência de doenças. O indivíduo é a soma de suas experiências culturais. Neste trabalho Winnicott usa a expressão “experiência cultural” como uma ampliação dos fenômenos transicionais e da brincadeira, e a palavra cultura se referindo à tradição herdada, para a qual os indivíduos contribuem e de onde todos fluem, “*se tivermos um lugar para guardar o que encontramos*” (pg.138). Portanto, só é possível a originalidade baseada na tradição. Só é possível estar com alguém se estivermos separados dele. Para Winnicott, as experiências culturais estão em continuidade direta com a brincadeira.

O lugar da experiência cultural está no espaço potencial entre o indivíduo e o objeto, e o mesmo vale para o brincar. O viver criativo se manifesta, primeiramente, na brincadeira. O espaço potencial traduz as

experiências que o bebê vive, desde o início, entre ele e os objetos fora do seu controle onipotente. É fundamental esclarecer que esse espaço só se dá face a um sentimento de confiança, relacionada à fidedignidade do meio. Portanto, o espaço potencial é o lugar e o suporte a partir do qual emergem as condições para que o sujeito possa começar, na relação com a mãe-objeto e a mãe-ambiente, a viver criativamente com os objetos reais do mundo. Winnicott nos explica: *“Se o bebê não receber essa oportunidade, então não existirá área em que possa brincar, ou ter experiência cultural, disso decorrendo que não existirão vínculos com a herança cultural, nem contribuição para o fundo cultural... O fracasso da fidedignidade ou perda do objeto significa, para a criança, perda da área da brincadeira e perda de um símbolo significativo. Em circunstâncias favoráveis, o espaço potencial se preenche com os produtos da própria imaginação criativa do bebê. Nas desfavoráveis, há ausência do uso criativo de objetos, ou esse uso é relativamente incerto”* (pg.141).

Winnicott aponta o espaço potencial como o lugar sagrado do indivíduo, onde acontece o seu viver criativo. Vemos, portanto, a importância desse fenômeno na clínica. A análise precisa transcorrer de forma que o indivíduo passe a funcionar no espaço potencial, encarnado no seu estilo de ser. Podemos dizer que a análise chegará ao fim no momento em que ela

percorreu o caminho suficiente para que o indivíduo passe à possibilidade de funcionar no espaço potencial como parte de si.

André Green (1978) ao comentar a importância do conceito e espaço potencial, traz a sua contribuição: *“O objeto analítico não é nem interno (para o analisando ou para o analista), nem externo (para um ou o outro), mas está situado **entre** os dois. Assim corresponde exatamente à definição de Winnicott do objeto transicional e à sua localização na área intermediária do espaço potencial, o espaço da superposição demarcada pelo contexto analítico. Quando um paciente termina sua análise, não é apenas que ele tenha internalizado a interação analítica, mas também que pode consigo arrebatado o espaço potencial a fim de reconstituir o mesmo mundo externo, através da experiência cultural, através da sublimação e, de modo mais geral, através da possibilidade de emparelhamentos ou (antes digamos) de acoplamento”* (pg.291). Temos aqui Green ratificando que o fenômeno do espaço potencial é o que permite que o indivíduo, ao final da análise, vá em direção à cultura que pré-existe ao seu nascimento, mas que também permite que ele possa fazer dela uma apreensão singular. *“É poder ultrapassar o que está instituído para que surja o original”* (Safra, 1998).

Diante destes conceitos que apresentam alguns aspectos do pensamento psicanalítico de D.W.Winnicott, gostaria de ressaltar algo que, desde o início dos meus estudos sobre suas idéias, tocou-me profundamente: o

caráter ético do seu olhar e da forma como conduzia a sua clínica. Winnicott explicita com a teoria do amadurecimento, um tipo de adoecimento que ocorre quando o sujeito não vive a experiência de sua própria legitimidade, quando sofre uma fenda ética que impede a sua emergência nas relações, a emergência do ser e o seu acontecimento no mundo. A impossibilidade de viver sua própria inteireza o manterá aprisionado numa experiência de eterno nevoeiro, do qual não poderá ver e nem ser visto. A vida, então, passa a ser um fardo carregado sem descanso, numa solidão infinita. O indivíduo vive apenas a privação do seu próprio destino.

Penso que nossa função terapêutica, exige que nos direcionemos à pessoa como cúmplices de sua necessidade de aparição. É como atender a um clamor por justiça. E, para atender a esta demanda nós, enquanto analistas, temos que nos arriscar junto com o paciente ou seja, para que possamos acompanhá-lo e auxiliá-lo na constituição do seu sentido de realidade, temos que ser presença real, viva, pulsante. Portanto, nossa responsabilidade para com ele é, em primeiro lugar, de caráter ético; estamos expostos, diante do paciente, através de nossa atitude, não só de nossas palavras. Temos que poder ser pessoa para que a pessoa do outro tenha condições de emergir em sua legitimidade. É preciso eliminar o risco da altivez. O analista escondido em sua altivez, com suas afirmações cimentadas, não permite nenhum acontecimento efetivo na relação. No lugar do

acontecimento teríamos “submetimento”. Só assim estaremos em real disponibilidade para a criação. É a responsabilidade, com seu rigoroso caráter ético, que sustenta a possibilidade de uma nova criação, de um gesto no mundo.

O olhar ético não se dirige ao psicológico mas ao ser. *“Winnicott nos permite diferenciar, em clínica, o sofrimento da ordem do psicológico e da ordem do ontológico”* (Safra,1998). O primeiro caso coloca-nos no nível das significações e desejos. No segundo, a questão é outra: o indivíduo é interpelado no seu ser, no seu próprio acontecimento ou não acontecimento enquanto humano, nas relações com outros seres humanos. Winnicott, antes de qualquer psicopatologia, detectou este anseio fundante da natureza humana. Penso que deste foco emana toda a originalidade que permeia o seu pensamento.

CAPÍTULO III

O ENCONTRO HUMANO

A Ética na clínica psicanalítica

Na medida em que ressaltei o quanto fui tocada pelo caráter ético do olhar de D.W.Winnicott, sobre a natureza da constituição da subjetividade humana, pretendo agora, com este capítulo, através da apresentação de alguns aspectos do pensamento de Emmanuel Lévinas, trazer o embasamento filosófico da ética como minha escolha.

E.Lévinas nasceu em Kovno, Lituânia, em 1906, e recebeu em sua educação clássica, uma influência especial dos escritores russos, além de estudar o hebreu e a Bíblia. Ao longo de sua formação foram marcantes seus encontros com Maurice Blanchot (1923), Husserl (1928) e Heidegger (1929). Naturalizou-se francês (1930), foi feito prisioneiro em 1940 durante a guerra, e quase toda a sua família, que permaneceu na Lituânia, foi assassinada. Em 1947 iniciou seus estudos sobre o Talmude. Além de professor nas universidades de Poitiers e Nanterre, em 1973 passou a ser professor da Sorbonne. Lévinas veio a falecer em 1995. Após inúmeras

publicações e conferências pelo mundo, pode ser considerado um dos filósofos contemporâneos que mais evidenciou o lugar da ética na visão filosófica da relação humana.

O pensamento de Lévinas questiona o *status* da ontologia como filosofia primeira. A questão do ser, diz ele, é assumir sua própria estranheza, por isso esta é uma questão que não comporta resposta. O que há para além do ser não é a verdade, mas o *bem*. Postula a anterioridade da ética, entendida como responsabilidade pelo outro. Costa (1998), ao fazer uma introdução à obra de Lévinas, coloca: ... "*Trata-se de um pensamento crítico que não tem origem no ser, mas que se refere à constituição da subjetividade como sensibilidade, conceito originário da ética-filosofia-primeira, origem da responsabilidade para com o outro anterior a toda ordem social*" (pg.9). A proposta ética levinasiana faz a interpelação do discurso filosófico a partir do Outro, do Rosto.

Lévinas (1961) traz uma inversão nas relações entre o conhecimento e a ética. "*O rosto está presente na sua recusa de ser conteúdo. Neste sentido, não poderá ser compreendido, isto é, englobado. Nem visto, nem tocado – porque na sensação visual ou tátil, a identidade do eu implica a alteridade do objeto que precisamente se torna conteúdo*" (pg.173). Assim enuncia a sua crença de que o homem deve estar à escuta da "presença" para

estabelecer com o Outro laços novos, numa reciprocidade fundada na responsabilidade. Há algo na alteridade que me chama, interpela e me impõe uma responsabilidade. O que emerge, então, é um tipo de resposta, de obediência, que é anterior a qualquer apreensão intelectual ou codificação. O outro, quando surge para mim, pede acolhimento, cuidado. A responsabilidade aqui é a estrutura primeira, fundamental, essencial da subjetividade. Não é um atributo da subjetividade, como se esta já existisse em si mesma, antes da relação ética; a subjetividade não é um para-si mas, inicialmente, para-o-outro. Lévinas (1981) descreve a subjetividade em termos éticos: *“A ética aqui, não aparece como suplemento de uma base existencial prévia; é na ética entendida como responsabilidade que se dá o próprio nó do subjetivo”* (pg.87).

A proximidade de outro se dá, essencialmente, enquanto sou responsável por ele. O laço com o outro só se estreita como responsabilidade, quer ela seja aceita ou não, que se saiba ou não fazer algo concreto por este outro. *“Ser espírito humano é dar, é dizer eis-me aqui. A encarnação da subjetividade humana garante a sua espiritualidade”* (pg.89).

O lugar do Outro é enfatizado em sua alteridade, rejeitando-se qualquer idéia de reduzir esta alteridade ao Mesmo, a uma espécie de auto-duplicação. O autor traz na relação do um-ao-outro, o **sujeito-ético**, o

entre-nós. É da afirmação radical e absoluta da alteridade que irrompe um apelo que não pode ser contido no ser e no saber. Ou seja, o outro não é primeiro objeto de compreensão e depois, interlocutor. Não podemos separar a invocação do outro de sua compreensão. O vínculo com o outro não se reduz à sua representação mas à sua invocação, invocação esta que não é precedida de entendimento. É enquanto próximo que o homem é acessível, e o acesso ao Outro, diz Lévinas é, num primeiro momento, ético. *“Quando se vê um nariz, os olhos, uma testa, um queixo e se podem descrever, é que nos voltamos para outrem como para um objeto; a melhor maneira de encontrar Outrem é nem sequer atentar na cor dos olhos! A relação com o rosto pode, sem dúvida, ser dominada pela percepção, mas o que é especificamente rosto é o que não se reduz a ele”* (pg.77). O rosto não pode ser transformado em conteúdo que o nosso pensamento abarcaria. Está para além de todo contexto e para além do ser.

A expressão introduzida pelo rosto no mundo não é um desafio aos nossos limites e poderes, mas ao nosso “poder de poder”. Lévinas aponta para a nova dimensão que se abre na aparência sensível do rosto. É ela que se impõe, numa condição de transcendência, de infinito. A presença de um ser que não entra na esfera do Mesmo, instaura o seu estatuto de infinito.

A oposição do rosto a mim, diz Lévinas (1961), não se coloca como resistência, mas como imprevisibilidade: opõe-se pela transcendência do seu ser. O rosto, onde se apresenta o outro, *“não nega o Mesmo, não o violenta como a opinião ou a autoridade....Fica à medida de quem o acolhe, mantém-se terrestre. Essa apresentação é a não-violência por excelência, porque em vez de ferir a minha liberdade, chama-a à responsabilidade e implanta-a”* (pg.182).

Na análise da linguagem, Lévinas distingue o dizer e o dito. O dizer é anterior ao dito. O dizer, entendido como responder a e por outro, mesmo mudo, expresso num sorriso ou até numa recusa, *“é resposta à face nua do outro”*. Figueiredo (1997), ao comentar esta questão, aponta: *“Se o dizer precede o dito e se o dizer é da ordem da resposta a /por, há uma precedência da ética sobre a ontologia, uma precedência do responder por sobre o dar razões de”* (pg.45).

A experiência do encontro, portanto, não é da ordem do conhecimento. No encontro há uma saudação ao outro, que não poderá ser reduzido e não se oferece a uma relação de poder, não podendo ser consumido. Esta inversão humana do em-si, do cada um por si, em um eu ético, em prioridade do/para o outro, traduz o acontecimento do encontro fundamentado na ética.

Nas reflexões de Levinás encontramos os fundamentos primeiros da dinâmica que estabelece o frente a frente imediato da situação clínica. O paciente se afirma como o outro que não pode ser transformado num conteúdo finito, englobado pelo conhecimento formal do analista. É preciso um olhar que encontre, receba e acompanhe, sem voracidade, sem a pressa de desempenhar, sustentando a possibilidade da emergência do ser. A receptividade do olhar do analista, encarnado em sua maneira de ser, não é passiva, acolhedora de um reflexo, mas opera, ativamente, um movimento de reunião dos elementos dispersos do ser do outro à sua frente, clareando-o, antes que ele se reflita no pensamento como objeto. É um olhar que para receber o outro não poderá estar dominado pelo conhecimento da percepção. Assim, a clínica envolve uma prática essencialmente ética e não apenas técnica, e a relação ética é algo que está para além do saber, para além de qualquer representação. Um conjunto de conceitos não traduzirá aquele paciente.

Penso que na situação clínica estamos diante do próximo, e o seu sofrimento, a sua expressão, são prioritários. Nestas circunstâncias, eu, enquanto analista, sou arrancada de uma posição original em mim para me colocar disponível ao outro. É algo que vai muito além da empatia. É, naquele momento, voltar a existência inteira para o outro, numa tentativa

intensa de experienciar a experiência do outro tanto quanto a minha própria, sem me perder de mim, inclusive da consciência de me achar mais exposta nesta posição. Nenhum lado fica fora deste “diálogo existencial”. Trata-se de um acontecimento ético, e na ética do encontro, o apelo do rosto do próximo adia a satisfação das necessidades que o eu interpelado possa sentir naquele momento. Enquanto analista, abro mão de um senso rígido de *self* e minha individualidade rende-se ao serviço do entre. Neste momento há um risco que precisa ser assumido. Winnicott chamou a este tipo de disponibilidade interna de devoção. Ela não é um produto cognitivo e sim uma condição pessoal, que permite uma experiência relacional; é uma provisão ambiental, o elemento inicial a partir do qual o analista pode sustentar o que está por acontecer. A devoção implica na idéia de que algo possa emergir e é fundamental estar disponível para isso. É um tempo marcado pelo tempo da criação do paciente. Aqui, do lugar de analista, é preciso que eu me apresente como pessoa real, reagindo ao que o paciente está mostrando, sem a preocupação em decifrar o que ele possa estar escondendo, ajudando-o, com minha constância e autenticidade, a costurar suas experiências ao longo do tempo. Enquanto pessoa real, neste momento, funciono como representante do mundo, permitindo ao paciente desenvolver um estilo pessoal de relação, que poderá ser vivenciado fora do consultório.

Como analista, ao voltar-me para o nascimento do outro, também estarei nascendo, estarei diante de minhas novas possibilidades “como pessoa e como analista, naquela relação. Há uma colocação de Levinás (1990) que traduz muito do meu sentimento a respeito desta questão... “*É na relação pessoal do eu ao outro que o acontecimento ético, caridade e misericórdia, generosidade e obediência, conduz além ou eleva acima do ser*” (pg.269). O encontro, ao instalar presença, é pura revelação. A verdadeira singularidade, surgirá da relação genuína e significativa com o outro e com o mundo. É preciso, portanto, que do lugar de analista, eu possa me surpreender e ser responsiva às experiências do paciente, preservando a singularidade de sua expressão, sua originalidade. Há uma reverência à alteridade que se apresenta.

Esta não é uma tarefa fácil de ser cumprida. Ela se dá à custa de muitos tropeços. Mas o processo de humanização só é possível a partir desta abertura para o outro, numa real disponibilidade. Citando Hycner (1988): “*Buscar nosso self não é um fim em si mesmo. Mais do que isso, nosso self revela-se e completa-se em nossa relação com os outros*” (pg.80).

Neste momento surge outro desafio ao analista: como responder à singularidade do paciente considerando, ao mesmo tempo, nossa

base comum de humanidade? Creio que a única possibilidade é o analista também responder a partir de sua singularidade e, junto com o paciente, criar uma dinâmica única, onde a revelação se dará a partir do que nunca foi antes experienciado. Trata-se de um testemunho ético, antes de ser conhecimento. É um testemunho com o outro e pelo outro que faz indelével a marca singular da relação. É o testemunho do Outro como mistério, daquilo que não poderá ser tematizado e, como mistério, é revelado na fala e no gesto do paciente. É a linguagem poética do seu *self*. O sistema teórico escolhido servirá como porta de entrada para algumas questões do paciente, mas não substituirá o encontro; reduzir o indivíduo a categorias psicopatológicas é a melhor maneira de atrofiar ou impedir qualquer possibilidade de encontro. A teoria e a técnica jamais serão suficientes para dar conta da pessoa-do-analista-diante-da-pessoa-do-paciente. Este é um encontro que se dá, boa parte dele, em terreno desconhecido. Analista e paciente criam um ambiente especial que guarda toda a amplitude das possibilidades humanas, daí a segurança desta tarefa ser restrita e a única certeza é o estar indo ao encontro do que ainda não foi vivido. Se o analista se mantiver, como um detetive, preso à busca de causas e efeitos, ficará impossibilitado de um contato vivo com o seu paciente, sem atingir suas necessidades mais profundas. Este paciente estará sendo visto “através”, e o risco é empobrecê-lo, reduzindo-o a um único elemento do

seu psiquismo e a um tipo de comportamento, perdendo-se a visão mais ampla e respeitosa da pessoa como um todo, nos seus movimentos de mostrar-se e esconder-se, em sua genuína condição de apresentação. O olhar ético não avalia; permite e revela a emergência da pessoa sem desnudamento. É preciso delicadeza nesta aproximação.

Winnicott (1962) em seu artigo “Os objetivos do tratamento psicanalítico”, coloca o seu propósito de manter-se vivo, manter-se bem, manter-se desperto e finaliza, “*objetivo ser eu mesmo e comportar-me bem*” (pg.152). Ao diferenciar a análise padrão do que muitas vezes fazia em seu trabalho, explica: “*Em análise se pergunta quanto se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: quão pouco é necessário ser feito?*” (idem). Uso dessas citações para ressaltar um tipo de atitude delicada, firme e não intrusiva por parte do analista. Aqui Winnicott traz, com sua questão, um contraponto entre a situação que vivia numa análise padrão, onde o jogo transferencial e contratransferencial estabelece as fronteiras do lugar do analista, e aquela “outra coisa” que também fazia em seu trabalho, na qual o foco não estava na tradução do material inconsciente. É preciso que o analista possa comportar-se bem. Na situação clínica em geral, creio ser imperativo que a presença envolvida do analista, obedeça a um certo cuidado para não se

tornar excessiva. Isto poderia comprometer a emergência do brincar, da criação do espaço potencial, com o analista devotado, encarnado, deixando-se usar pelo paciente no exercício de si mesmo. Não podemos esquecer do objetivo de permitir o vir-a-ser do paciente, e uma presença excessiva do analista implicaria num obstáculo a isso. O risco seria o de cair no que Winnicott chamou de analista falso-*self*, verborrágico, numa disponibilidade estéril. A postura que instala uma presença não ofuscante e fértil, traz em si a possibilidade ética de uma pulsação legítima e, portanto, viva.

Na situação clínica tudo passa pela pessoa do analista, pela qualidade da sua presença, pela sua atitude. Quando respondo à singularidade do paciente a partir da minha, estarei sempre improvisando. Isto não significa falta de técnica: é como um pintor que, para poder improvisar seus traços, precisará de muito treino e domínio no uso das formas, cores e pinceis. Mas, a habilidade no emprego da técnica, será sempre o pano de fundo de seu trabalho. Não há nada de errado com a técnica propriamente dita, desde que não seja usada arbitrariamente na situação. A técnica deverá surgir do contexto da relação. A prioridade é o contato com o paciente, não com a técnica e teoria, e aqui a flexibilidade, a elasticidade e o tato se impõem ao trabalho analítico. Ferenczi citava a capacidade de “sentir com” o paciente. Muitas situações terapêuticas importantes envolvem a

necessidade de sentirmo-nos identificados com o paciente. Na relação clínica há um movimento constante de identificações e “desidentificações” que, entre outras coisas, caracterizam esta presença flexível do analista. Esta flexibilidade não pressupõe ausência de firmeza, mas sim a condição interna de um acompanhamento com atenção e envolvimento. É impossível que a atitude terapêutica, a ação que se dirige à necessidade e à singularidade do paciente, tenha um caráter impessoal. Não se trata de um “acting-out” do analista, de uma atuação inadequada, mas de uma ação (que pode ser apenas verbal) que, ao se dirigir à necessidade, empresta sentido àquela questão, naquele contexto.

Gostaria de sublinhar que me preocupo, enquanto analista, em não ser objetificada pela técnica. Entendo que só terei condições de ouvir e responder ao paciente a partir dos registros da minha própria existência. Quando alguém está sofrendo e procura por outro, espera encontrar uma presença que, junto com ele, confirme o sentido de tudo aquilo, legitimando-o. O tipo de conhecimento que eu, enquanto ser humano, posso ter de outro ser humano, não é da natureza do saber. Posso, com humildade, tentar uma aproximação à sua experiência. Este é o meu objetivo na clínica e também fora dela: viver, cada vez mais profundamente, a minha relação comigo mesma e com o meu próximo.

Ao somarmos o acontecimento ético que envolve o analista como pessoa real diante do outro, sem objetificá-lo, e a atitude terapêutica de dirigir-se à necessidade, vai se consolidando a capacidade do paciente de viver relações significativas com os outros, no mundo. Ao mesmo tempo, também vai se constituindo um sentido cada vez mais consistente de ser pessoa real, incluída. O *self* revela-se na experiência de relação com os outros e, na situação clínica, este fenômeno pode se dar tanto para o paciente quanto para o analista.

Vamos a um exemplo que ilustra algumas destas questões.

LAURA - UMA BUSCA DESESPERADA

Meu primeiro contato com Laura foi um telefonema no qual ela já me informava sobre uma cirurgia que acabara de fazer para a retirada de um tumor maligno do pulmão, e também que estava em análise há um ano. Explicou que me telefonava pois uma amiga havia insistido para que o fizesse, e a família também, e por isso gostaria de marcar uma entrevista para “me conhecer” (sic). Trazia um tom coloquial em sua voz.

Achei muito estranho, mas também fiquei intrigada, curiosa.

Intrigada com esse jeito de pedir que senti tão intenso e distante ao mesmo tempo.

No dia da entrevista, pontualmente, surge Laura. Uma mulher bonita, grandes olhos castanhos, com um jeito “simpático” de se dirigir a mim. Casada, 51 anos, dois filhos já adultos (23 e 25 anos), trazia um discurso bem articulado no qual relatava que esta cirurgia ocorrera logo após uma tentativa de suicídio (a segunda) com barbitúricos e, nos exames que o médico solicitou por vê-la debilitada, o tumor fora detectado. Dizia que estava deprimida há muito tempo, e que passara a beber e fumar com exagero. Além da análise que já fazia também seguia num tratamento medicamentoso com um psiquiatra. O seu tom coloquial, como se estivéssemos tomando um chá numa confeitaria, ainda estava lá; com aquele discurso dissociado dos afetos, a angústia ia ficando em mim. Mas Laura era uma presença forte. Estava ali, com os recursos que ainda podia usar, tentando não sucumbir. No momento eu não compreendia qual era a sua demanda e o que ela esperava de mim.

A gravidade da situação de Laura e o seu caráter de urgência iam se impondo. Ela me parecia alguém que sofria uma profunda experiência de desperdício de si mesma, da própria vida, mas não tinha acesso a isso, não

sabia reconhecer e pensar o que se passava com ela. Nada fazia sentido em sua vida, só a idéia da morte. Eu ouvia o seu relato às vezes enternecida, outras vezes admirada com sua coragem e também angustiada, com uma sensação de impotência diante dela. Naquele momento eu não sabia se era a impotência de Laura projetada ou a minha própria impotência exacerbada frente àquela história e às emoções que me provocava.

Citou que, na análise atual, chegava a fazer sessões de quase 4 horas de duração. Notei que quando contou isso deu um suspiro, o que me fez pensar que talvez fosse demais para ela. Mas eu não disse nada e continuei ouvindo. Laura foi descrevendo com detalhes as três análises que havia feito anteriormente, com quatro a cinco sessões semanais, além do atendimento atual. Referia-se a si mesma como a um manual de psicopatologia e, de vez em quando, suspirava. O cenário da confeitaria ia se desvanecendo, e eu ia me sentindo envolvida daquela situação. Numa pausa de sua descrição comentei que o tom de desalento e o cansaço que demonstrava me chamavam mais a atenção, do que todos as explicações psicanalíticas que ela já tinha sobre si mesma. Sua reação foi a de me olhar como que surpreendida com a própria aparição por trás daqueles jargões. Em seguida expressou-se de forma mais pessoal, citando um “cansaço quase crônico.....mesmo depois das sessões da Dra.X, que é tão gentil comigo, me

sinto exausta, sem vontade de nada ”(sic). Neste momento, apesar de estarmos numa primeira entrevista, arrisquei: talvez, na tentativa de mostrar gratidão a tamanha gentileza, você acabe ultrapassando os seus próprios limites de tolerância, sustentando 4 horas de sessão de análise. Laura ficou alguns segundos em silêncio, olhando-me fixamente nos olhos e, finalmente, desabafou: “eu não agüento mais isso!” (sic).

Penso que ao refletir o que parecia fazer parte do seu estado psíquico, facilitei a Laura, naquele momento, o reconhecimento de algo que estava se passando com ela e do qual ela se apropriou. Creio que experimentou uma possibilidade nova, diferente de ser um caso, avaliado e diagnosticado em seu sofrido percurso. Isto permitiu que arriscasse o seu desabafo. Laura estava ali me pedindo para olhá-la pessoa. Compreendi que esta era a sua demanda. A sensação de impotência se aliviara.

A partir daí continuou falando, não apenas de forma descritiva; tentava me “investigar” demonstrando, efetivamente, uma curiosidade sobre o meu “jeito” (sic). Perguntou há quanto tempo eu clinicava, que universidade eu cursara, mas nada disso era arrogante ou agressivo. Parecia uma tentativa de contato mais pessoal, ao mesmo tempo precisando se certificar de que eu teria experiência suficiente para “aguentá-la” (sic). Além disso, acredito, havia o seu receio (justificado) de iniciar,

uma relação nova com outro analista. Para alguém que já vinha tão moldado pela técnica, isto era muito arriscado. Mas o sofrimento era tamanho que Laura, corajosamente, estava ali criando mais uma oportunidade para si mesma. Às suas perguntas respondi diretamente, sem comentários. Ao mesmo tempo em que não me sentia tão à vontade respondendo-as, me parecia que este era um jeito que Laura encontrava de me comunicar a sua necessidade de um contato franco, direto, sem desvios. A minha pessoa não poderia se esconder na técnica. Percebi o quanto ela estava assustada e vivi a pressão daquele momento. Ao mesmo tempo em que tive dúvidas se poderia ajudá-la, senti uma genuína vontade de tentar. Falei com ela sobre o seu medo, a minha dúvida e esperança e finalizamos a entrevista quando então me coloquei disponível, para qualquer contato futuro, realmente esperando que ela o fizesse.

Outros fatos marcaram o início da minha relação com Laura. Naquela mesma semana ela retornou dizendo que gostaria de continuar. Nesta sessão trouxe alguns dados da sua história. Os pais de Laura fugiram da Polônia para o Brasil na época da guerra. A mãe era descrita como uma pessoa esforçada, vaidosa, que “gostava das coisas em ordem” (sic), e o pai como uma pessoa exigente, generosa, que trabalhava muito. Laura contou que

quando criança se sentia como a “boneca da mamãe” (sic) e, com frequência, desmanchava o penteado e as roupas que a mãe escolhia para ela. “Acho que dei muito desgosto a ela” (sic), comentava. Tinha dois irmãos, sendo que falava do mais velho de maneira muito carinhosa; ele parecia ser a grande referencia afetiva de Laura, com quem mantinha uma relação “amiga e verdadeira” (sic). A informação que Laura trouxe de sua infância foi a de que, desde muito cedo, teve experiências sexuais com garotos, inclusive mais velhos. Parecia não viver a experiência de ter tido infância. Havia um peso muito grande nas suas descrições. Perdeu a mãe aos 13 anos e assumiu, desde então, a administração doméstica da casa. Dizia que não gostava de fazer isso mas a tarefa passou a ser sua obrigação. Eu teria preferido trabalhar na fábrica, dizia, referindo-se à fábrica da família, “mas isto ficou para os homens” (sic). O pai morreu quando ela tinha 21 anos, casou-se aos 23, e o irmão mais velho suicidou-se quando Laura tinha 39 anos. Falou emocionada da dor dessas perdas. Eu também estava emocionada, pela solidão e desespero vividos tão precocemente por aquela mulher. Laura ia confirmando a minha impressão inicial de que vivera todo esse tempo muito afastada de si mesma. Ela estava muito ferida, exigia cautela, delicadeza.

Mesmo achando que havia compreendido algo da sua demanda fiquei me perguntando como exercitar a minha função com Laura.

O receio de não fazê-lo bem continuava em mim.

Laura, com frequência, apresentava a sua preocupação de “fazer acontecer” o que ela entendia que fosse necessário. Era um tipo de onipotência que desenvolveu, pois desde muito cedo conheceu a solidão de ser mãe de si mesmo. Tentava assim dar conta de seu desamparo. Como ela não contava com a parceria do outro, com a parceria da vida, ela precisava fazer acontecer. A sua culpa, portanto, quando ocorria algo errado, também era imensa, na medida em que vivia como se tivesse a total responsabilidade de não ter feito acontecer a coisa certa. Carregava muito peso, há muito tempo. O suicídio do irmão era um grande tormento na sua vida, pois imaginava que talvez tivesse podido evitá-lo.

Muitas vezes Laura mostrava esta agonia de fazer acontecer a nossa sessão; era quando se tornava muito explicativa, trazia conceitos negativos já prontos sobre si mesma e me convidava a “inteligentá-los”. Poder ser na sessão, ao invés de ter a “responsabilidade inteligente” de fazê-la acontecer, era o nosso desafio. Eu me perguntava se realmente estava disponível para que Laura pudesse fazer um uso criativo de mim. Eu questionava sobre a minha própria percepção interior diante de tantas “verdades” já estabelecidas. A solidão de Laura se impunha na transferência e, para mim, eram momentos muito difíceis de serem superados.

Na sessão em que descreveu suas tentativas de suicídio e o contexto em que ocorreram, perguntou-me: você vai me impedir de fazer isso de novo? Respondi que eu não tinha esse poder e que imaginava, caso ela quisesse mesmo morrer, que ela o faria. Laura fez silêncio esboçando, de forma sutil, um sorriso nos lábios. Creio que suicidar-se era a única possibilidade de gesto próprio que ela entendia que ainda lhe restava.

Laura me surpreendia todo o tempo. Numa sessão, comentou: “sei que você vai dizer que é transferência, mas eu acho que estou gostando de você” (sic). Respondi que o seu sentimento não podia ser reduzido a uma questão técnica pois era fruto do nosso encontro. Em seguida fez um gesto pungente: tirou a peruca de sua cabeça (que usava devido às aplicações de quimioterapia) dizendo que não queria mais usa-la – “acho que dá para ficar com o meu cabelinho assim mesmo” (sic). A nudez de seu rosto me comoveu profundamente, e ela viu isso em meus olhos marejados. Durante quase dois meses, logo após esta sessão, Laura chegava ao consultório mas não subia no início do seu horário. Pedia para ficar na sala de espera para fumar, ler revistas, dizendo que subiria em seguida. Normalmente demorava de 20 a 25 minutos para entrar. Enquanto isso eu lia, me deixando ficar à sua espera. Nas primeiras vezes experimentei um certo desconforto, e me perguntei se não deveria interpretá-la ou interpelá-la em sua atitude. O

desconforto foi se desvanecendo e não fiz nem uma coisa nem outra, apenas esperei.

Creio que Laura estava tentando acessar seu próprio ritmo e viver uma liberdade, protegida no consultório, de criar um “setting” mais pessoal para nossas sessões. Ela parecia fazer um uso natural de mim mesma, apenas me chamando para viver a sua vida com ela. Uma vez me perguntou se este seu “jeito” não me incomodava. Contei a ela do meu estranhamento e desconforto iniciais, e acrescentei que ela sentia a necessidade de fazer as coisas de forma a se assegurar de que o seu “jeito” também pudesse estar incluído, e de que isso não me desorganizaria. Este período foi fundamental para que Laura pudesse realmente confiar em nossa relação. Nesta fase nos víamos 2 vezes por semana. No mês seguinte pediu um horário a mais. Laura, com sua atitude, deixava muito claro para mim que estava no limite de tolerância para qualquer tipo de invasão. Também ficava aliviada quando sentia que eu colocava os meus limites claramente: um dia pediu-me para fumar durante a sessão, sendo que na entrevista eu havia pedido que não o fizesse. Quando ratifiquei minha posição, comentou – “Ainda bem que você se cuida” (sic) e eu continuei.....e você não precisa cuidar de mim.....aqui você espera que eu possa cuidar de você. Laura queria apenas ser compreendida na sua necessidade.

Ao término de dois anos Laura mudou-se para outra cidade em função do trabalho do marido. O câncer avançara e ela muitas vezes se lamentava ou então se indignava com o fato. Dizia: “agora que não quero mais morrer estou com esse câncer”.....(sic) ou “você não pode fazer nada contra essa doença?” (sic). Era um momento de indignação e de impotência compartilhada.

A mudança para outra cidade foi dolorosa. Temia não agüentar a nossa separação e, esse temor não era conseqüência de uma idealização. Laura viveu ali comigo a possibilidade de instalação de objeto subjetivo e agora, com a mudança e o eu e o não-eu mais descriminados, o medo e a dor eram realmente intensos e, efetivamente, a representavam. Neste período imediatamente anterior à viagem, fizemos algumas sessões em sua casa, mais especificamente, em seu quarto. A atmosfera daqueles encontros era absolutamente íntima, com as paredes ocupadas por muitas fotos e com seus objetos ali colocados. Toda a sua história, da qual agora parecia se apropriar, estava lá. Laura me levava para um rico lugar, e as emoções daquele seu percurso ali ilustrado estavam nela, encarnadas. Numa das últimas sessões dizia que, de todas aquelas coisas, as fotos eram as mais importantes que levaria. Nesse momento, sugeri que trocássemos nossas fotografias, o que foi aceito de imediato. Na última sessão antes da mudança

Laura se mostrava mais tranqüila. Chegou a comentar a possibilidade de procurar, caso sentisse necessidade, um atendimento na outra cidade, com alguém que eu pudesse recomendar.

Após a mudança passamos a nos falar semanalmente ao telefone. Laura dizia sentir-se bem consigo mesma, apesar da doença. Alguns momentos eram mais melancólicos, em outros ficávamos mudas ao telefone por alguns segundos, e houve também momentos que uma alegria genuína se fazia presente por algum motivo (principalmente quando se tratava de algo em relação aos filhos). Eu sentia saudades e percebia que Laura não fazia idéia de como era uma pessoa penetrante. Comentei isso com ela, para sua surpresa.

Laura faleceu dez meses após sua mudança. Oito dias antes fui visitá-la no hospital. Conversamos um pouco e ficamos em silêncio, de mãos dadas, boa parte da hora em que lá passei. Nos despedimos sabendo que não nos veríamos mais.

Muitos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, projetivos, introjetivos ocorreram entre Laura e eu, sem dúvida alguma. Mas, o tempo todo, era evidente para mim que ela “pedia” que eu não visse a nossa relação apenas por esses ângulos. Não se tratava de um desejo que não poderia ser frustrado, mas de uma necessidade que era imperativo que fosse

percebida, compreendida, acolhida. Era tudo muito intenso, nem sempre confortável. A necessidade urgente de Laura de ser vista como pessoa, incluída, e não de ter-que-parecer-ser, a necessidade de não se sentir mais submetida, se impôs desde o início. É preciso sentir-se pessoa não só para viver mas, também, para poder morrer. Sou muito grata a Laura por ter me chamado a acompanhá-la num período tão fecundo e delicado de sua vida. Foi uma honra conhecê-la.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade da presença do analista como elemento central da atitude efetivamente terapêutica, depende da sua liberdade de estar e agir como pessoa real. Esta liberdade não implica numa ocupação excessiva do espaço de análise, ou num exercício de poder. Antes sim, ela instala o analista e sua espontaneidade, na relação clínica, como referência do real e do confiável.

O experimentar-se com liberdade na situação analítica está ancorado, nunca é demais lembrar, na vivência pessoal de análise, no suporte da teoria e técnica praticadas e nos encontros de supervisão clínica. Creio que nestes três vértices se encontram os elementos para uma postura adequada da pessoa-analista em seu exercício de liberdade. No entanto, para que toda a ação do analista (incluindo a verbal), nesse contexto, faça um sentido, é preciso que a teoria e a técnica escolhidas se encontrem no seu modo de ser. Ao estabelecer um diálogo com o seu próprio *self* penso que o analista, numa relação íntegra e mais profunda com sua subjetividade, estará facilitando ao paciente esta mesma experiência.

O exercício dessa liberdade não será algo apreendido intelectualmente, mas se traduzirá numa determinada atmosfera que irá se estabelecendo ao longo da análise, no modo como a comunicação consciente e inconsciente vai se dando. Trata-se de uma condição para que a confiança possa emergir mais consistente, permitindo um desenvolvimento satisfatório do processo analítico. Assim, não podemos pensar as características pessoais do analista separadas da técnica psicanalítica. Acredito ser este um tema que deveria estar presente em futuras pesquisas psicanalíticas, pois é da integração de ambos elementos que a possibilidade do efeito terapêutico acontece.

A transmissão, ao paciente, da compreensão do que está se passando (ou do que se passou com ele), por si só não basta. Tal transmissão só se fará transformadora com o analista presente de modo envolvido e assentado em sua autenticidade. Esta qualidade da atitude implementa a confiança. Assim, o paciente poderá experimentar uma situação na qual se sente compreendido por outro ser humano. Sua humanidade, ressoando no outro, provoca um novo movimento. É com o analista dirigido à necessidade do paciente e, ao mesmo tempo, em contato com sua própria subjetividade, fazendo um uso autêntico de si, que se estabelece a ética na situação analítica. A dinâmica entre a liberdade e a autenticidade estará sempre emoldurando o

processo. O paciente, diante de mim como analista, exige a verdade, para também poder na busca da realização de si, apropriar-se dela.

É somente neste campo ético, onde os sentimentos reais do analista e do paciente emergem, que podemos nos referir a um fazer e viver compartilhados. Cada um, ao cuidar do uso de si mesmo, estará ali com sua linguagem própria e, porque não dizer, a dupla estará criando uma “técnica” para o trato das suas questões. Entendo que é a partir desta “técnica” pessoal, somada ao referencial teórico-técnico escolhido, que a experiência clínica vai se constituindo como um fenômeno que realmente inclui seus participantes, de um modo consistente e único. O analista, de posse de seu idioma, reconhecendo-se nele, saberá melhor como usa-lo. É essencial que ele se apresente pessoa em seu ofício, para crescimento próprio e benefício de quem partilhe de seu fazer. A ética, assim entendida na clínica, estabelece o campo gerador de confiança e da possibilidade de um olhar terno sobre a aparição do outro e de si mesmo.

Findo este trabalho reconhecendo-me nele. Ele é fé e escolha. Fiquei aí, nas crenças quanto nas dúvidas, na pesquisa quanto na intuição, no estudo intelectual quanto na experiência da prática. Ficou de mim o risco de dizer-me, largamente compensado pelo sabor único da liberdade usada, e a perspectiva rica de haver mais ganhos ao final do processo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHATZ, M. H. (1994). "Harold Searles". In: *Contratransferência – de Freud aos Contemporâneos*, Figueira S. A. org. São Paulo, Casaa do Psicólogo, 1994.
- BALINT, M. (1956). "O médico geral como psicoterapeuta". In: *O médico, seu paciente e a doença*. Trad. Roberto de ° Musachio. São Paulo, Livraria Atheneu, 1975.
- (1979). *A Falta Básica – Aspectos Terapêuticos da Regressão*. Trad. Francisco F. Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- BION, W. R. (1967). "Uma teoria sobre o processo de pensar". In: *Estudos Psicanalíticos Revisados (Second Thoughts)*. Trad. Wellington Marcos de M. Dantas. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
- BLEGER, J. (1966). *Psicohigiene y Psicologia Institucional*. Buenos Aires, Paidós, 1972.
- (1967). *Simbiose e Ambigüidade*. Trad. Maria Luiza X.de A. Borges. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1977.
- BOLLAS, C. (1989). *Forças do Destino – Psicanálise e Idioma Humano*. Trad. Rosa Maria Bergallo. Rio de Janeiro, Imago, 1992.
- CAPLAN, G. (1964). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
- COSTA, M. L. (1988). *Lévinas-Uma Introdução*. Trad. Thomaz Filho. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2000.

- DEUTSH, H. (1952). *La Psicología de la Mujer*, vol. 1, Buenos Aires, Losada, 1977.
- (1960). *La Psicología de la Mujer*, vol.2, Buenos Aires, Losada, 1977.
- ERICKSON, E.H. (1963). "Oito Idades do Homem". In: *Infância e Sociedade*. Trad. Gildásio Amado. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- ETCHEGOYEN, R.H. (1987). "Contratransferência (1)". In: *Fundamentos da Técnica Psicanalítica* Trad. Cícero G. Fernandes. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- FERENCZI, S. (1927). "A Elasticidade da Técnica Psicanalítica". In: *Obras Completas*, vol.4. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo, Martins Fontes, 1992.
- FIGUEIREDO, L.C. (1997). *Cadernos de Subjetividade*, vol.5,n.1. São Paulo, Educ., 1997.
- FREUD, A. (1946). *O Ego e os Mecanismos de Defesa*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1972.
- FREUD, S. (1895). "Estudos sobre a Histeria". In: *Obras Completas*, vol.4. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- (1905). "Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade". In: *Obras Completas*, vol. 7. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- (1910). "As Perspectivas Futuras da Terapia Psicanalítica". In: *Obras Completas*, vol. 11. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- "Psicanálise Silvestre". In: *Obras Completas*, vol.11. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- (1912). "A Dinâmica da Transferência". In: *Obras Completas*, vol.12. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise". In: *Obras Completas*, vol.12. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago,

- 1976.
- (1914). “Recordar Repetir e Elaborar”. In: Obras Completas, vol 12, p.193. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
 - (1916-7). “Conferências Introdutórias à Psicanálise”. In: Obras Completas, vol.15. Trad.Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
 - (1918). “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”. In: Obras Completas, vol.17. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
 - (1920). “Além do Princípio do Prazer”. In: Obras Completas, vol.18,p.17. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
 - (1926). “A Questão da Análise Leiga – Conversação com uma pessoa imparcial”. In: Obras Completas, vol. 20. Trad. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- GREEN, A. (1975). “O Espaço Potencial na Psicanálise”. In: Sobre a Loucura Pessoal. Trad. Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
- GRINBERG, L. (1956). “Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificacion y contraidentificacion proyectivas”. In: Revista de Psico-análisis, vol.13, p.507.
- HYCNER, R. (1988). De Pessoa a Pessoa – Psicoterapia Dialógica. Trad. Elisa P.Z. Gomes, Enila Chagas, MarciaPortella. São Paulo, Summus, 1995.
- KLEIN, M. (1952). “The Origins of Transference”. In: Int. J. Psych. Anal., vol 33.
- (1957). Inveja e Gratidão. Trad. Jose Octavio de A. Abreu. Rio de Janeiro, Imago, 1974.
- KOHON, G. (1994) Org. “Notas sobre a história do movimento psicanalítico na Grã-Bretanha”.In: A Escola Britânica de Psicanálise –The Middle Group – A Tradição Independente. Trad. Jose Octavio de A. Abreu,

Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

LAGACHE, D. (1953). "Some Aspects of Transference". *Int. J. Psych. Anal.* vol. 34, p.1-10.

LANGER, M. (1978). *Maternidade e Sexo*. Trad. Maria N. Folberg. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

LÉVINAS, E. (1961). *Totalidade e Infinito*. Trad. Jose P. Ribeiro. Lisboa, Portugal, Edições 70, 1980.

-(1982). *Ética e Infinito – Diálogos com Phillipe Nemo*.

Trad. João Gama. Lisboa, Portugal, Edições 70,

-(1990). *Entre Nós-Ensaio sobre a Alteridade*. Trad. Coord. Pergentino S. Pivatto, Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 1997.

MALDONADO, M.T. (1980). *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 1980.

RACKER, H. (1953). *Estúdios sobre Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós, 1973.

ROCHA, E.B. (1994). "Wilfred Bion e os neokleinianos". In: *Contratransferência-de Freud aos contemporâneos*, Servulo A. F. org., São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

SAFRA, G. (1995). *Momentos Mutativos em Psicanálise-Uma visão Winnicottiana*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.

-(1998). *Anotações de cursos sobre a clínica winnicottiana-Pós-Graduação, PUC, São Paulo*.

SEARLES H.F. (1972). "The Patient as Therapist to his Analyst. In: *Classics in Psychoanalytic Technique*, New York, Jason Aronson, 1981.

SOIFFER, R. (1971). *Psicologia del Embarazo, Parto y Puerperio*, Buenos Aires, Ediciones Kargieman, 1976.

WINNICOTT, D.W. (1947). "O Odio na Contratransferência". In: *Textos Seleccionados-Da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro Francisco Alves, 1993.

-(1950-5). "Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional". In: *Textos Seleccionados-Da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

-(1951). "Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais". In: *O Brincar e a Realidade*. Trad. Jose Octavio de A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

-(1954). *Holding e Interpretação*. Trad. Sonia Maria T.M.de Barros. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

-(1955). "Variedades clínicas da transferência". In: *Textos Seleccionados-Da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993

-(1960). "Contratransferência". In: *O Ambiente e os Processos de Maturação-Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo C. Schuch Ortiz, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

"Teoria do Relacionamento Paterno Infantil". In: *O Ambiente e os Processos de Maturação-Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo C. Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas 1988.

-(1962). "A Integração do ego no desenvolvimento da criança". In: *O Ambiente e os Processos de Maturação-Estudos sobre a teoria do Desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo C. Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

-(1966). "A mãe dedicada comum". In: *Os Bebês e suas Mães*. Trad. Jefferson L. Camargo. São Paulo, Martins Fontes, 1994.

-(1967). "A localização da experiência cultural". In: *O Brincar e a Realidade*. Trad. Jose Otavio de A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

-(1969). "O uso de um objeto". In: *O Brincar e a Realidade*. Trad. Jose Octavio de A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975.