

Capítulo 3 - Os reflexos clínicos do avanço para trás

Em vez de indagar como se dá uma cura pela análise (assunto que acho ter sido suficientemente elucidado), se deveria perguntar quais são os obstáculos que se colocam no caminho de tal cura (Freud, S. 1937a, p.252).

Vimos que para superar os obstáculos erigidos no processo de cura de pacientes refratários ao método interpretativo, Ferenczi avança para trás e encontra formas de acesso ao sofrimento de seus pacientes que ultrapassam a linha de demarcação do terreno edípico. Ao se defrontarem com os mesmos obstáculos, as tradições winnicottiana e lacaniana acabam por trilhar um campo de investigação conceitual e um universo de experimentação clínica que tem como alvo central a camada infantil mais profunda do psiquismo humano. Neste capítulo investigaremos os reflexos clínicos da incursão empreendida por Winnicott e Lacan nesse terreno inaugural da vida psíquica, ou seja, na dimensão pré-discursiva da experiência subjetiva.

Para tal, dividimos esse capítulo em duas partes: a primeira dedica-se ao que, na teoria winnicottiana, é denominado clínica do *holding*; a segunda investiga o que, no vocabulário lacaniano, é chamado clínica da nodulação. Apesar das diferenças em termos de vocabulário e premissas teóricas, tanto a clínica do *holding* quanto a clínica dos nós têm como elementos de sustentação as noções de processo, gradação e continuidade. Estas noções se articulam fortemente com a eleição da experiência vivida como alvo central do fazer clínico. Como veremos adiante, uma das conseqüências desta eleição é a reformulação do eixo principal que ordena a função do analista, que passa a se aproximar da sensibilidade clínica ferencziana.

3.1. Clínica do *Holding*

Clínica do holding é uma das expressões utilizadas para definir a visada clínica winnicottiana. *Clínica da regressão*, *clínica do amadurecimento*, *clínica do continente* e *clínica do cuidado* são alguns dos sinônimos utilizados para definir uma espécie de manejo clínico cuja direção visa o estabelecimento de uma provisão ambiental capaz de fornecer o suporte necessário para a integração de experiências vividas, numa época em que o ser humano encontra-se desprovido

de meios adequados para atribuir sentido aos fenômenos inaugurais da vida psíquica. O que há em comum entre todas as expressões citadas é a idéia de processo, de gradação e de continuidade expressas em termos de crescimento e desenvolvimento. Sob o olhar atento de Winnicott, o sofrimento apresentado no momento atual da análise de um indivíduo deve ser investigado a partir das primeiras relações estabelecidas entre o recém-nascido e seu entorno, acompanhando a jornada de como um bebê se torna um indivíduo com existência própria.

Na tradução da obra de Winnicott para o português, o termo *holding* foi mantido com a grafia original. Não foi encontrada nenhuma palavra ou expressão em português capaz de abranger o significado deste termo. Na língua inglesa, a palavra *holding* é utilizada no sentido do verbo *to hold*, que possui alguns significados compatíveis com a idéia de Winnicott: segurar, agüentar, sustentar e conter. Sendo assim, a expressão em questão deve ser entendida como uma sustentação proveniente do ambiente que possui a peculiaridade de adaptar-se às necessidades que vão se modificando ao longo do tempo. De acordo com Abram (1996), o termo *holding* começa a ser empregado na década de cinquenta, em função do trabalho realizado por Winnicott com crianças evacuadas durante a Segunda Guerra Mundial. Como consultor psiquiátrico do Esquema de Evacuação do Condado de Oxford, Winnicott pôde notar os efeitos da evacuação: “a evacuação era imposta de fora às mães e às crianças, rompendo a continuidade de seus relacionamentos” (Phillips, 1988, p.63). As observações dos comportamentos, dos jogos e das brincadeiras das crianças nos abrigos, levaram Winnicott a perceber o esforço realizado por elas para reproduzir um ambiente confiável. Tal fato deve ser entendido como uma forma de suprir a lacuna deixada pelo súbito sentimento de abandono sofrido por essas crianças em função da separação precoce de suas famílias. Durante a experiência nos abrigos, Winnicott conhece Clare Britton, assistente social que, alguns anos depois, torna-se sua segunda esposa. A partir de um trabalho de cooperação mútua, desenvolvido seguindo os referenciais da psicanálise e do serviço social, Winnicott e Clare compreenderam a necessidade do estabelecimento de um ambiente de *holding*, capaz de fornecer um senso de permanência e de estabilidade do ambiente, com o intuito de tecer uma ligação entre a criança e o seu lar de origem. Deste modo, o oferecimento de um ambiente de *holding* tornaria as crianças evacuadas capazes de integrar a

experiência de separação abrupta e desenvolver o sentimento interrompido de continuidade do ser¹.

Assim como a maioria das noções teóricas desenvolvidas por Winnicott, o conceito de *holding* deve ser entendido como um processo. Processo este que tem início no momento em que o bebê nasce, já que o *holding* funciona como o primeiro ambiente para o bebê. Neste contexto, o que está em questão é um ambiente especializado, dotado da capacidade de compensar a perda de uma situação intra-uterina de estabilidade. Não é à toa que Winnicott afirma que o primeiro ambiente especializado é a preocupação materna primária. Como vimos, no estado de preocupação materna primária, a mãe é capaz de estabelecer uma identificação refinada com o seu bebê, adquirindo, assim, a capacidade de *sentir com* e, conseqüentemente, de prever as necessidades momentâneas de seu filho. É a partir deste cuidado especializado que a criança vai adquirindo a capacidade de *confiar*, de *se fiar*, de *acreditar em*, enfim, de *crer na permanência e na estabilidade de seu entorno*:

O desenvolvimento dessa capacidade não é uma questão de educação, a menos que se amplie o sentido dessa palavra para algo que ela normalmente não significa. É uma questão de experiência de desenvolvimento do bebê e da criança, no que diz respeito aos cuidados de que eles são alvo (Winnicott, 1968, p.112).

Desta forma, completa Winnicott, a experiência de *holding* “traz à baila toda a questão da confiabilidade humana” (Winnicott, 1968, p.114). A experiência inicial de confiabilidade encontra-se diretamente articulada à qualidade do vínculo estabelecido com o ambiente. No início, a qualidade ambiental é fornecida pela mãe que, no estado de preocupação materna primária, encontra-se capaz de atender as necessidades físicas e psicológicas do ser humano em desenvolvimento. No artigo citado, “O aprendizado infantil”, Winnicott ilustra essa questão a partir da importância do modo pelo qual um bebê é segurado no colo:

Se você tomar o corpo e a cabeça de um bebê nas mãos e não pensar que constituem uma unidade, e aí tentar apanhar um lenço ou qualquer outra coisa,

¹ Para maiores informações sobre a influência da Segunda Guerra e da colaboração de Clare Winnicott na produção teórica de Winnicott, ver Phillips (1988), Kanter (2000) e Salem (2006).

pronto: a cabeça vai para trás e a criança se divide em duas partes – cabeça e corpo. A criança começa a chorar e nunca mais vai se esquecer disso. A coisa mais terrível é que nada é esquecido. E então a criança sai pelo mundo sentindo falta de confiança nas coisas. Acho que é certo dizer que crianças e bebês não se lembram de nada quando tudo sai bem, mas lembram quando as coisas caminham mal, pois de repente se lembram de que a continuidade da sua vida foi perturbada, e sua cabeça caiu para trás, ou coisa semelhante, e foram acionadas todas as defesas, e elas reagiram a isso, e isso é um acontecimento muito doloroso, algo de que eles nunca vão se libertar. Eles tiveram de se haver com isso, e se isso existe no padrão dos cuidados a elas dispensados constrói-se uma falta de confiança no ambiente (Winnicott, 1968, p.114).

Mais adiante o psicanalista completa: “o bebê sempre necessita da estabilidade ambiental que facilita a continuidade da experiência pessoal” (Winnicott, 1968, p.114). Diante de tal afirmação, é possível chegar à conclusão de que a preservação da continuidade e do vir a ser do bebê só é consolidada a partir do estabelecimento de uma relação de confiabilidade proporcionada pelo *holding* materno (Salem, 2006). A temática do *holding* e do estabelecimento dos primeiros rudimentos de confiança diz respeito ao período em que o bebê é completamente dependente do ambiente a ponto de não possuir existência separada dos cuidados maternos. Neste momento de dependência absoluta, é importante ressaltar que mãe, cuidados maternos e ambiente são sinônimos e, portanto, não podem ser concebidos como entidades distintas. Em toda sua teoria, Winnicott salienta a importância do ambiente, cujo papel desempenhado pode ou não facilitar o desenvolvimento infantil. Sendo assim, os cuidados fornecidos pela mãe-ambiente, associados a uma tendência ao desenvolvimento herdada pelo bebê – denominada potencial herdado – permitem que o *self* vá se constituindo.

Se aplicarmos a lógica do funcionamento deste período ao contexto da relação analítica, constataremos a importância dada ao estabelecimento de um ambiente de *holding* no *setting* analítico. De acordo com a lógica winnicottiana, este último deve ser encarado como parte integrante da personalidade do analista – tornando-se assim uma ferramenta imprescindível para a constituição de uma relação de confiabilidade. Em seu artigo de 1954, “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico”, Winnicott enumera doze aspectos do *setting* concebido por Freud para demonstrar como o contexto analítico reproduz o ambiente especializado necessário para a instauração de um senso de permanência, de continuidade e de estabilidade:

1. Diariamente, numa hora marcada, cinco ou seis vezes por semana, Freud colocava-se à disposição do paciente. (Esse horário era planejado de modo que fosse conveniente para ambos).
2. O analista estaria com certeza lá, na hora, vivo e bem.
3. Durante o tempo previamente combinado (cerca de uma hora) o analista permaneceria acordado e estaria preocupado com o paciente.
4. O analista expressaria o seu amor pelo interesse positivo assim demonstrado, e seu ódio pelo estrito cumprimento dos horários de início e fim, e também através dos honorários. O amor e o ódio eram expressos honestamente, ou seja, não negados pelo analista.
5. O objetivo da análise seria o de entrar em contato com o processo do paciente, compreender o material apresentado e comunicar essa compreensão verbalmente. A resistência implicaria em sofrimento, e poderia ser atenuada pela interpretação.
6. O método do analista era o da observação objetiva.
7. Esse trabalho era realizado dentro de um quarto, não num corredor, um quarto silencioso e não sujeito a barulhos repentinos e imprevisíveis, mas não absolutamente silencioso nem imune aos ruídos domésticos normais. O quarto estaria adequadamente iluminado, mas nunca por uma luz direta no rosto e nem por uma luz variável. O quarto certamente não seria escuro, e estaria agradavelmente aquecido. O paciente deitaria num divã, ou seja, estaria confortável (caso isto lhe fosse possível), e haveria provavelmente um cobertor e um jarro de água.
8. O analista (conforme sabemos) mantém o seu julgamento moral fora do relacionamento, não tem desejo algum de intrometer-se com detalhes de sua vida pessoal e de suas idéias, e não deseja tomar partido nos sistemas persecutórios, mesmo quando estes aparecem na forma de situações verdadeiramente compartilhadas em termos locais, políticos, etc. Naturalmente, se houver uma guerra ou um terremoto, ou se o rei morre, o analista não ficará desinformado.
9. Na situação analítica o analista é bem mais confiável que as demais pessoas na vida cotidiana. De um modo geral ele é pontual, não propenso a ataques de fúria nem a apaixonar-se compulsivamente etc.
10. Para o analista há uma clara demarcação entre fato e fantasia, de modo que sonhos agressivos não o magoam.
11. É possível contar com a ausência da retaliação
12. O analista sobrevive (Winnicott, 1954b, pp. 382-83).

Ao destacar a importância de cada um dos detalhes enumerados acima, Winnicott afirma que Freud, *intuitivamente*, preocupou-se em fornecer para seus pacientes um ambiente confiável. Na teoria winnicottiana, o estabelecimento de um *setting* que inspira confiança é uma das formas de possibilitar um retorno a experiências vividas em uma época que o ser humano ainda encontrava-se completamente dependente do ambiente para sobreviver. No contexto em questão, é a presença do ambiente, ou melhor, da sustentação oferecida a partir dos cuidados maternos que garante a continuidade da existência do bebê. Neste ponto, entra em cena um tema de crucial importância para a clínica winnicottiana: a noção de *regressão*. Este termo é usado para traduzir uma idéia de recuo, ou melhor, para significar um movimento inverso ao da progressão. O uso da regressão na clínica winnicottiana faz parte do processo de cura de certos tipos de pacientes e, assim, é feito em um contexto específico de *holding*.

No artigo em discussão, Winnicott inicia sua exposição afirmando que o estudo do lugar da regressão na prática clínica é mais uma das tarefas deixadas em aberto pelo pai da psicanálise. Para Winnicott, Freud dedicou-se ao estudo do que acontece na situação analítica com pacientes que não precisavam regredir às fases iniciais do desenvolvimento humano em virtude de terem atingido um desenvolvimento satisfatório nos estágios iniciais da infância. Winnicott argumenta que a suposição de Freud de uma história primitiva de adaptação suficientemente boa se deve ao fato do próprio Freud ter passado por boas experiências infantis, “fazendo com que em sua auto-análise ele tomasse a maternagem do bebê como algo evidente por si mesmo” (Winnicott, 1954b, p.381). Isto levou Freud a se interessar pelos pacientes “que teriam recebido os cuidados adequados na primeira infância, ou seja, os psiconeuróticos” (Winnicott, 1954b, p.381). Pacientes que, como ele, chegaram ao Édipo como pessoas inteiras, “prontos para encontrar seres humanos inteiros, e prontos para lidar com relacionamentos interpessoais” (Winnicott, 1954b, p.381). Ao se ocupar destes casos, Freud não precisou incluir o *holding* como medida técnica necessária para a análise de neuróticos. Afinal, os neuróticos experimentaram uma maternagem suficientemente boa e, portanto, não precisam regredir à situação de dependência dentro do contexto analítico.

A partir das observações feitas a respeito do tipo de pacientes selecionados por Freud, é possível constatar que Winnicott vê na regressão a possibilidade do paciente reviver, através da situação de dependência, as falhas de adaptação sofridas nos primeiros momentos de vida. Desta forma, a análise que inclui a regressão e o *holding* como medida técnica no processo de cura não é incompatível com a análise clássica freudiana. Pelo contrário, deve ser considerada parte integrante do processo de cura. De acordo com Winnicott, o importante é saber precisar o momento adequado de fazer uso do *holding*. Para dar conta dessa questão, o psicanalista inglês identifica três tipos de paciente, cada qual com uma necessidade que requer uma intervenção específica. Em primeiro lugar, encontram-se aqueles que tiveram uma história primitiva de adaptação suficientemente boa e, portanto, funcionam como pessoas inteiras. Estes apresentam dificuldades no campo dos relacionamentos interpessoais. Para tais casos, a melhor opção de tratamento consiste em uma análise clássica, baseada no uso da interpretação como ferramenta principal. Em segundo lugar, há os pacientes, cuja personalidade se integrou recentemente. As dificuldades em questão relacionam-se ao estágio de concernimento, ou seja, à aquisição do status de unidade. Nestes casos, a análise clássica continua

sendo a melhor opção, contanto que se preste atenção ao manejo da transferência, no qual a sobrevivência do analista deve ser o fator fundamental. Em terceiro lugar, estão os casos cuja análise têm a função de lidar com os estágios do desenvolvimento emocional anteriores ao estabelecimento do status de unidade. Nesses pacientes, a situação de regressão à dependência de um ambiente confiável é fundamental. Sendo assim, a técnica adequada consiste no oferecimento de um ambiente de *holding* capaz de sustentar a regressão à dependência dentro da situação analítica (Winnicott, 1954b).

Como vimos na primeira parte do segundo capítulo, existe uma íntima ligação entre as concepções de regressão propostas por Ferenczi e por Winnicott que as distancia da apresentada por Freud. De acordo com Figueiredo (2002), a idéia ferencziana de um movimento de retorno ao seio do ambiente líquido em que a vida surgiu – *regressão thalássica* – antecipa a noção de regressão à dependência encontrada em Winnicott. Para o psicanalista inglês, a regressão deve ser entendida como uma *progressão inversa* em direção à situação de dependência inicial ambiental. Em Freud, a noção de regressão assume diversos sentidos. De forma resumida, pode-se distinguir três formas de regressão: tópica, temporal e formal – todas de caráter descritivo e referentes a alterações nas modalidades de funcionamento psíquico². O que há de comum nessas três acepções é a idéia de *progressão inversa* dos processos psíquicos. Em sua investigação do psiquismo, o pai da psicanálise postula que, diante de um acontecimento traumático, o progresso é interrompido: o desenvolvimento recua em direção aos pontos de fixação da libido. Desta forma, o sujeito passa a lançar mão de mecanismos de defesa não compatíveis com o estado de desenvolvimento libidinal que se encontra. A diferença entre as concepções de Freud e Winnicott não reside no fato de encarar a regressão como um mecanismo de defesa que recua em direção aos estágios iniciais de desenvolvimento, mas sim na ênfase dada por Winnicott à situação de dependência que o ser humano se encontra nos momentos iniciais de sua história primitiva.

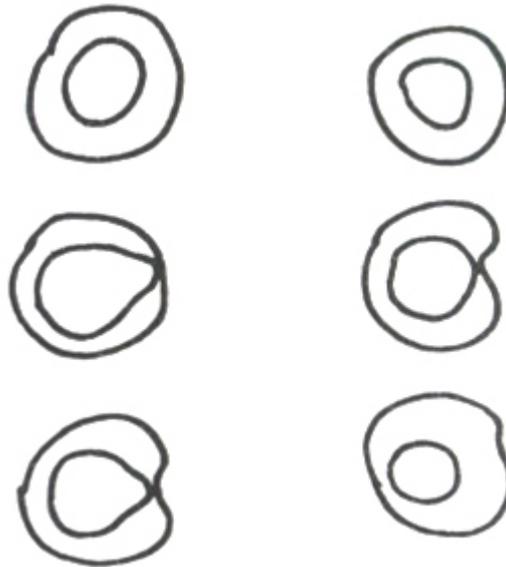
² “Assim, cabe distinguir três tipos de regressão: (a) regressão tópica, no sentido do quadro esquemático dos sistemas ψ (...); (b) regressão temporal, na medida em que se trata de um retorno a estruturas psíquicas mais antigas; e (c) regressão formal, onde os métodos primitivos de expressão e representação tomam o lugar dos métodos habituais. No fundo, porém, todos esses três tipos de regressão constituem um só e, em geral, ocorrem juntos, pois o que é mais antigo no tempo é mais primitivo na forma e, na tópica psíquica, fica mais perto da extremidade perceptiva” (Freud, 1901, p.578). Para maiores detalhes, ver Stewart (1992).

Poderíamos pensar em termos de estágios genitais e pré-genitais do desenvolvimento da qualidade do instintos, e poderíamos utilizar o termo regressão simplesmente como um inverso de progresso, uma viagem de volta do genital ao fálico, do fálico ao excretório, da excreção à ingestão. Mas quanto mais desenvolvemos nosso pensamento nessa direção, mais deveremos admitir que uma grande quantidade de material clínico não se encaixa nos moldes dessa teoria (Winnicott, 1954b, p. 380).

Ao analisar pacientes do terceiro grupo, Winnicott propõe como alternativa “colocar a ênfase no desenvolvimento do ego e na dependência, e neste caso, quando falamos de regressão, estaremos imediatamente falando da adaptação ao ambiente, com seus êxitos e suas falhas” (Winnicott, 1954b, p.380). Ao adotar essa direção, Winnicott não focaliza a regressão como um retorno a pontos de fixação originários das experiências pulsionais. Ele a concebe sob outro prisma, isto é, como um retorno à situação de dependência absoluta ambiental. Em outras palavras, trata-se de uma regressão à dependência. Mais precisamente, dependência dos cuidados inicialmente recebidos de um ambiente confiável: “Preocupa-nos aqui, portanto, não apenas a regressão a pontos bons ou maus nas experiências instintivas do indivíduo, mas também pontos bons ou maus na adaptação do ambiente às necessidades do ego e do id na história do indivíduo” (Winnicott, 1954b, p.380). De acordo com a lógica desenvolvida pelo psicanalista inglês, falhas de adaptação por parte do ambiente resultam no desenvolvimento de um *falso self*. O conceito em questão deve ser entendido como uma forma de reação às situações em que a mãe-ambiente não pôde evitar falhar (por circunstâncias de sua vida como uma internação prolongada, por exemplo), ou em que não foi capaz de identificar-se, temporariamente, com o ser humano em desenvolvimento. Desse modo, com o intuito de defender o eu contra falhas ambientais, o *falso self* vai se adaptando ao ambiente, isto é, vai se transformando em um *eu protetor*, *auto-maternante* e assim vai perdendo, pouco a pouco, a impulsividade pessoal. A terminologia *falso*, refere-se justamente a *submissão defensiva* proveniente da adaptação às falhas ambientais. Portanto, o *falso self* resulta da criação de defesas pessoais precoces no contexto da interação mãe-bebê e não apenas de uma organização defensiva contra os impulsos do id (Pacheco-Ferreira, 2003).

Para um exame da etiologia, das características e das funções do falso self é importante ter como eixo de investigação o meio ambiente, o comportamento e as atitudes da mãe, já que no começo da vida a dependência do bebê é

absoluta. Neste período, não podemos falar de mãe e bebê separadamente, o que podemos observar é o funcionamento do conjunto ambiente-indivíduo:



A figura acima ilustra como o indivíduo é afetado pelas tendências do meio ambiente. Na primeira parte do segundo capítulo, vimos que a mãe suficientemente boa tem como tarefa atender às necessidades do bebê em um determinado espaço de tempo. Isto significa que quando um bebê faminto vai ao encontro do seio, é necessário que este encontre-se lá e disponível. Se observarmos a seqüência da primeira figura, podemos conceber um lactente indo ao encontro do ambiente, no caso, do seio. Este movimento é denominado *gesto espontâneo*. Se tal gesto é acolhido pelo ambiente, ou seja, pela mãe temos uma adaptação suficientemente boa. Este é o contexto da primeira mamada teórica descrita por Winnicott. Nele, um self verdadeiro começa a ter vida através da aceitação do gesto espontâneo. Este gesto refeito e acolhido um certo número de vezes prepara o terreno para a aceitação de uma troca com ambiente. Caso o ambiente não se comporte de modo suficientemente bom, qualquer troca será sentida como intrusão. A criança sente-se invadida pelo meio ambiente quando a mãe não é capaz de acolher o seu gesto espontâneo, ou melhor, quando esta situação de não atendimento se cristaliza e a mãe continua falhando no atendimento deste movimento voluntário. O que acontece é

que, ao invés, de atender o gesto do bebê, a mãe o substitui pelo seu próprio gesto que, através de um movimento defensivo, acaba sendo validado pelo recém-nascido. Deste modo, como vemos na segunda figura, a intrusão provoca uma resposta reativa e o ser humano em desenvolvimento volta ao isolamento primário. “Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso self, e resulta da incapacidade da mãe de sentir as necessidades do lactente” (Winnicott, 1960, p.133). Finalmente, chegamos ao ponto em que é possível dizer que houve uma cisão:

O conceito de um falso *self* tem de ser contabalançado por uma formulação do que poderia, com propriedade, ser denominado *self* verdadeiro. No estágio inicial o *self* verdadeiro é a posição teórica de onde vem o gesto espontâneo e a idéia pessoal. O gesto espontâneo é o verdadeiro *self* em ação. Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e sentir-se real. Enquanto o *self* verdadeiro é sentido como real, a existência do falso *self* resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade (Winnicott, 1960, p.135).

De forma resumida, devemos entender que irrealidade e futilidade são sensações derivadas da perda de impulsividade pessoal sofrida pelo falso self durante o processo de adaptação às falhas ambientais. Tal organização é construída com a finalidade de proteger o verdadeiro self. “Não há sentido na formulação da idéia do self verdadeiro, exceto com o propósito de tentar compreender o falso self, porque ele não faz mais do que reunir os pormenores da experiência de viver” (Winnicott, 1960, p.136). A concepção de verdadeiro self está intimamente ligada ao papel fundamental dado à vida na teoria winnicottiana. Influenciado pelas idéias de Darwin, o psicanalista inglês acredita que a experiência humana é mais do que simplesmente psíquica. O naturalismo de Darwin sustenta a existência de uma continuidade entre as espécies e, ao adotar essa premissa, Winnicott faz do verdadeiro self o cerne do animal humano. De início, o verdadeiro self pode ser definido como a vitalidade dos tecidos e das funções corporais. Ao surgir um esboço de organização egóica, o verdadeiro self vai tornando-se cada vez mais complexo. A medida que a consciência sensório-motora vai sendo adquirida, o verdadeiro self estabelece um relacionamento com o ambiente e, assim, torna-se capaz de responder de maneira espontânea aos estímulos não-eu.

Com o intuito de proteger a integridade do verdadeiro self, o falso self esconde a vitalidade e a realidade interna do bebê, impedindo o estabelecimento

de uma comunicação genuína com o ambiente. Somente a partir de um recuo aos estágios iniciais do desenvolvimento humano torna-se possível estabelecer contato com o verdadeiro self. Desta forma, é preciso que o analista aproxime-se do verdadeiro self através do falso self num movimento regressivo em direção à situação primitiva de dependência. De acordo com Abram (1996), foi a partir do conceito de regressão à dependência que Winnicott propôs a divisão em termos de falso e verdadeiro self. Tal divisão só foi sedimentada em 1960 no artigo “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro ‘self’”. Durante os anos de 1950, Winnicott reuniu o material clínico necessário para propor uma classificação em termos de graus de falso self :

1. Em um extremo: o falso self se implanta como real e é isso que os observadores tendem a pensar que é a pessoa real. Nos relacionamentos de convivência, de trabalho e amizade, contudo, o falso self começa a falhar. Em situações em que o que se espera é uma pessoa integral, o falso self tem algumas carências essenciais. Neste extremo o self verdadeiro permanece oculto.
2. Menos extremo: o falso self defende o self verdadeiro; o self verdadeiro, contudo, é percebido como potencial e é permitido a ele ter uma vida secreta. Aqui se tem o mais claro exemplo de doença clínica como uma organização com finalidade positiva, a preservação do indivíduo a despeito de condições ambientais anormais. Esta é uma extensão do conceito psicanalítico do valor dos sintomas para a pessoa doente.
3. Mais para o lado da normalidade: O falso self tem como interesse principal a procura de condições que tornem possível ao self verdadeiro emergir. Se essas condições não podem ser encontradas, então novas defesas têm de ser reorganizadas contra a expolição do self verdadeiro, e se houver dúvida o resultado clínico pode ser o suicídio. Suicídio nesse contexto é a destruição do self total para evitar o aniquilamento do self verdadeiro. Quando o suicídio é a única defesa que resta contra a traição do self verdadeiro, então se torna tarefa do falso self organizar o suicídio. Isto, naturalmente, envolve sua própria destruição, mas ao mesmo tempo elimina a necessidade de sua existência ser prorrogada, já que sua função é a proteção do verdadeiro self contra insultos.
4. Ainda mais para o lado da normalidade: o falso self é construído sobre identificações (...)
5. Na normalidade: o falso self é representado pela organização integral da atitude social polida e amável, um “não usar o coração na manga”, como se poderia dizer. Muito passou para a capacidade do indivíduo de renunciar à onipotência e ao processo primário em geral, o ganho se constituindo o lugar na sociedade que nunca pode ser atingido ou mantido com o self verdadeiro isoladamente (Winnicott, 1960b, pp.130-31)

Uma leitura atenta do material fornecido acima, deixa claro que Winnicott elabora esta classificação de acordo com as distorções ambientais. Do primeiro ao quinto caso, é possível observar que as descrições das organizações defensivas são elaboradas de acordo com a qualidade da provisão ambiental oferecida ao ser humano nos períodos iniciais de seu desenvolvimento. Como

vimos há pouco, a importância dada à provisão ambiental, fez com que Winnicott mudasse o sentido da definição freudiana dada ao conceito de regressão: “Por anos, o termo teve a implicação de um retorno a fases mais precoces da vida instintiva, e regressão seria a um ponto de fixação” (Winnicott, 1959-64, p. 117). De acordo com a lógica freudiana, os pontos de fixação correspondem aos pontos de origem dos diferentes tipos de patologias. Deste modo, a classificação é feita em função do desenvolvimento libidinal do indivíduo, não levando em conta o tipo de provisão ambiental recebida pela criança nos estágios iniciais de sua história primitiva. Ao levar isso em conta, Winnicott propõe a ideia de regressão à dependência. Com esse deslocamento de ênfase, Winnicott contribui para a ampliação do raio de ação da psicanálise, incluindo em sua clínica pacientes que até então eram considerados não analisáveis por escaparem à lógica que rege a problemática neurótica.

Ferenczi (1931) contribuiu significativamente ao examinar uma análise fracassada de um paciente com distúrbios de caráter não apenas como um fracasso na seleção, mas como uma deficiência da técnica psicanalítica. A ideia implícita aí era que a psicanálise poderia aprender a adaptar sua técnica ao tratamento de distúrbios de caráter e casos *boderline* sem se tornar diretiva, e sem mesmo perder seu rótulo de psicanálise” (Winnicott, 1959-64, p. 115).

Ao seguir os passos de Ferenczi, Winnicott aceita em sua clínica pacientes cuja problemática está centrada nos estágios de desenvolvimento anteriores a estabilização da personalidade como uma unidade. Com esses pacientes, a técnica interpretativa clássica só funciona até um certo limite. Para que o processo analítico avance, é necessário o estabelecimento de um *setting* que inspire confiança pois, nesses casos, a regressão aos estágios iniciais do desenvolvimento é peça fundamental. Ou seja, é preciso que o analista forneça um ambiente de holding capaz de possibilitar um retorno às experiências vividas em uma época que o ser humano ainda encontrava-se completamente dependente do ambiente para sobreviver. Deste modo, a tendência à regressão deixa de ser vista como um fator impeditivo da análise e passa a ser concebida como parte da capacidade do indivíduo se curar: “Dá a indicação do paciente ao analista de como o analista deve se comportar mais de como ele deve interpretar”³ (Winnicott, 1959-64, p. 117). Nestes momentos, o *setting* encontra-

³ Grifos meus.

se em primeiro plano; o que está em questão é a constância, a sustentação e a adaptação empática do analista às necessidades do paciente regredido:

É correto falar dos *desejos* do paciente; por exemplo, o desejo de ficar quieto. Com o paciente regredido, porém, o termo desejo revela-se inadequado. Em seu lugar, *usamos* a palavra necessidade. Se um paciente regredido precisa de silêncio, nada se poderá fazer se este não for conseguido. Quando a necessidade não é satisfeita, a consequência não é raiva, mas uma reprodução da situação original de falha que interrompeu o processo de crescimento do eu” (Winnicott, 1954b, p.385).

Cabe ao analista ir ao encontro das necessidades do pacientes regredido, lê-las e preenchê-las de acordo com sua sensibilidade e sua capacidade contratransferenciais (Khan, 1958). “Não é de interpretações que se necessita aqui, e na verdade, qualquer fala ou movimento pode arruinar todo o processo e causar profunda dor ao paciente” (Winnicott, 1954b, p.386). Tudo o que poderia ser posto em palavras pelo paciente está registrado corporalmente e só pode ser comunicado a partir do estabelecimento de uma experiência de mutualidade. Para ilustrar tal experiência, Winnicott fornece o exemplo de uma brincadeira que os bebês já são capazes de fazer quando atingem doze semanas: “instalado para mamar, o bebê olha para o rosto da mãe e sua mão se levanta, de maneira que, de brincado, ele está amamentando a mãe por meio de um dedo que coloca em sua boca” (Winnicott, 1969, p.198). Se a mãe aceita a brincadeira uma situação de alimentação mútua é estabelecida. Neste caso, “o bebê dá de comer e a experiência dele inclui a idéia de que a mãe sabe o que é ser alimentada” (Winnicott, 1969, p.198). Tal experiência consiste em uma forma de comunicação silenciosa estabelecida através da capacidade empática da mãe de se identificar com as necessidades do bebê. Qualquer movimento proveniente do ambiente, seja um ruído por parte da mãe ou qualquer interpretação por parte do analista, é vivido como uma experiência de intrusão pois o que está em questão é apenas o reconhecimento das necessidades que não foram atendidas nos estágios iniciais de dependência.

Além do reconhecimento, é necessária a nomeação das necessidades que não foram atendidas. Em 1954, no artigo “Retraimento e regressão”, Winnicott fornece o exemplo de um paciente que regride à situação de dependência após viver momentos de intenso retraimento. Após um destes momentos, o analisando relata ter ficado perturbado por uma dor de cabeça completamente

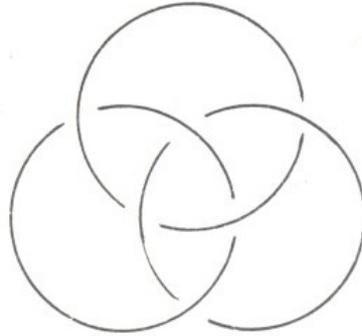
diferente de todas que já havia sentido até então. “Essa dor de cabeça era temporal e às vezes frontal, e era como se ela estivesse situada bem do lado de fora da cabeça” (Winnicott, 1954a, p.352). Ao longo da sessão, Winnicott constata que esta comunicação diz respeito a uma necessidade não atendida no momento de dependência absoluta e diz: “ O fato de a dor estar situada do lado de fora da cabeça representa a sua necessidade de que alguém segure a sua cabeça como naturalmente aconteceria se você fosse uma criança que estivesse muito angustiada” (Winnicott, 1954a, p.353). Neste caso, o mais importante é a compreensão empática: “era importante que eu não segurasse realmente sua cabeça, pois isto seria o mesmo que aplicar mecanicamente princípios técnicos. O importante era que eu compreendesse imediatamente do que ele necessitava” (Winnicott, 1954a, p.353). Assim, a nomeação da necessidade funciona como um toque no corpo do analisando.

Para Souza (inédito), a condução do tratamento analítico nessa direção é guiada por uma ética do cuidado. Orientado por esta ética, o analista deve funcionar como um analista-meio-ambiente capaz de compreender e atender as necessidades que foram desatendidas nos estados precoces de dependência. Ao efetuar uma aproximação empática deste tipo, o analista-meio-ambiente oferece a oportunidade de que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos e acolhidos transferencialmente. Somente a partir de uma aproximação empática do sofrimento, o psicanalista encontra meios de lidar com casos e situações que não se amoldam ao método interpretativo clássico de tratamento das neuroses.

3.2. Clínica da nodulação

Assim como existe uma gama de termos equivalentes para a expressão *clínica do holding*, existe uma lista de sinônimos para o termo *clínica da nodulação*. De acordo com o vocabulário lacaniano, também é comum fazer uso das expressões cunhadas como *clínica dos nós*, *clínica borromeana*, *segunda clínica*, *clínica do real* e *clínica do sinthoma*. Todas devem ser entendidas como consequência direta do último ensino de Lacan. De 1953 à 1975, é possível registrar o surgimento e o gradual abandono do modelo lingüístico em benefício de modelos topológicos, sobretudo, a topologia dos nós. Como vimos, nas duas primeiras décadas do ensino de Lacan, o modelo lingüístico encontra-se atrelado ao estruturalismo. A lógica estrutural baseia-se em um traço distintivo que permite opor sempre dois termos. Ou seja, há sempre presente uma idéia de

descontinuidade: ou isto ou aquilo. Na topologia dos nós, a oposição não é condição necessária. Pelo contrário, o que está em jogo é uma idéia de continuidade portadora de uma elasticidade que comporta a estrutura do nó borromeano⁴.



O que ficou conhecido como nó borromeano na teoria lacaniana, consiste em uma certa maneira de nodular elos importada do brasão da família Borromeu. “As armas dessa dinastia milanese, compunham-se de três anéis em forma de trevo, simbolizando uma tríplice aliança. Se um dos anéis se retirasse, os outros dois ficariam soltos, e cada um remetia ao poder de um dos três ramos da família” (Roudinesco, 1998, p.541). O que Lacan destaca neste símbolo não é a figura em si, a composição final dos anéis em forma de trevo, mas sim a maneira como este se estrutura, ou melhor, o seu entrelaçamento, a nodulação dos elos; enfim, o fato de que um anel só se sustenta encadeado aos outros. Sendo assim, dentre todas as possibilidades de nomear as conseqüências clínicas do último ensino de Lacan, optamos por usar a expressão *clínica da nodulação*, com o intuito de valorizar a ação em curso, isto é, o processo de nodulação em si. É importante ressaltar que isso inclui não só as nodulações, mas também as desnodulações, ou seja, todo o funcionamento estabelecido através do arranjo feito entre sucessivos desligamentos e novas ligações.

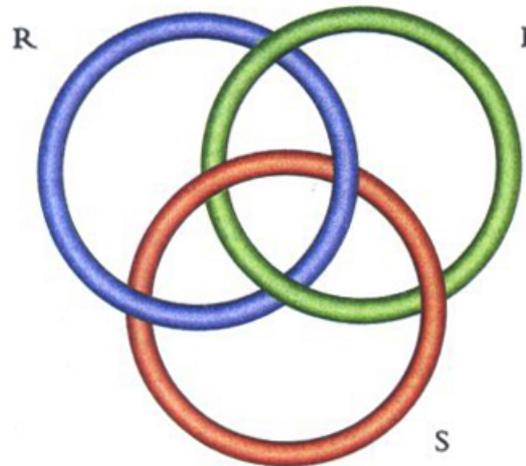
De acordo com Roudinesco (1998), foi no seminário *...ou pior* que os nós borromeanos surgiram pela primeira vez no ensino de Lacan. Na lição de 9 de fevereiro de 1972, o nó entra em cena para auxiliar a representação da fórmula:

⁴ “Imaginariamente, ou seja, com a condição de achatar o nó, podemos dizer que cada círculo passa por cima de um segundo círculo e por baixo de um terceiro, mas que esse terceiro tem a particularidade de passar, ele próprio, por baixo do segundo, o que constitui o encaixe próprio ao nó borromeano” (Darmon, 1994, p.228).

“*eu te peço que recuse o que te ofereço*” (Lacan, inédito). A função do nó aqui é de ligar, encadear os elos, ou melhor, conectar as três partes da frase, estabelecendo uma causalidade entre os termos. Quase um mês depois, no dia 3 de março de 1972, na conferência “O saber do psicanalista”, Lacan esclarece que nenhum dos termos se sustenta sozinho: “Cada um é uma coisa fechada, flexível e que só se sustenta encadeado aos outros” (Lacan, inédito). Mais adiante completa: “... esses três termos são três que vemos se estabelecer, pela presença do terceiro, uma relação entre os outros dois. É isso que o nó borromeano quer dizer” (Lacan, inédito). Se transpusermos a lógica de funcionamento do nó borromeano – *um elo só se sustenta encadeado a outro* – para a fórmula há pouco enunciada, é possível compreender que a terceira parte da frase, a *oferta*, sustenta a *demanda* e a *recusa*. No ano seguinte, mais precisamente, no seminário *Mais Ainda*, Lacan elucida a relação de causalidade entre os termos ressaltando, a função do objeto *a* na fórmula em questão.

Por que foi que fiz intervir, em tempo antigo, o nó borromeano? Era para traduzir a fórmula eu te peço – o quê? – *que recuses* – o quê? – *o que te ofereço* – por quê? – *porque não é isso* – isso, vocês sabem o que é, é o objeto *a*. O objeto *a* não é nenhum ser. O objeto *a* é aquilo que supõe de vazio um pedido, o qual, só situando-o pela metonímia, quer dizer pela pura continuidade garantida do começo ao fim da frase, podemos imaginar o que pode ser de um desejo que nenhum ser suporta. Um desejo sem outra substância que não a que se garante pelos próprios nós (Lacan, 1972-73, pp. 170-1).

Quando Lacan afirma que *o objeto a não é nenhum ser*, devemos entender que o que está em questão não é a consistência material do referido objeto, mas sim seu estatuto de causa que supõe a estrutura de um vazio, caracterizada pelo fato de o objeto *a* se apoiar sobre a borda de um buraco. É justamente essa estrutura que assegura a continuidade estabelecida entre os três termos da fórmula. Desta forma, o que garante a continuidade não são as partes da fórmula em si, ou dito de um outro modo, não são os três anéis que formam o nó borromeano; é a própria estrutura do objeto *a* que confere movimento e maleabilidade aos elos. Neste contexto, o que está em questão é a ação, o movimento, o processo de nodulação; em suma, o alcance operatório do nó borromeano: “Três anéis de cordão independentes podem se ligar a três, de tal modo que a ruptura de não importa qual dos anéis desfaça o nó. E a manipulação desse nó mostra bem que cada anel pode ocupar o nó a três não importa que lugar” (Darmon, 1994, p. 234).

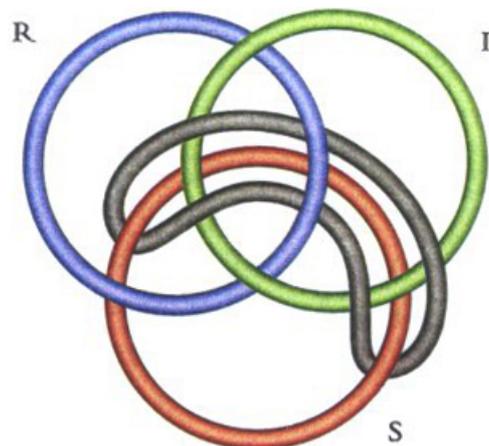


No seminário *RSI*, Lacan estabelece uma equivalência entre os três elos do nó borromeano e os registros Real, Simbólico e Imaginário. A lógica que sustenta essa equivalência é a mesma aplicada ao nó borromeano: um elo só se sustenta encadeado ao outro de tal modo que o corte de qualquer um dos elos desfaz o nó. Se aplicarmos isso ao desenho acima, é possível notar que real, simbólico e imaginário podem ser manuseados e, conseqüentemente, ocupar qualquer lugar na formação do nó a três. Essa mobilidade adicionada à indeterminação de lugar para cada um dos três registros, traz consigo uma mudança crucial pertencente ao último ensino de Lacan: real, simbólico e imaginário tornam-se categorias homogêneas. Não há primazia entre eles; cada um amarra os dois outros. De acordo com Miller (1999a), essa equivalência postulada na última parte do ensino de Lacan implica uma inversão que incide sobre o império teórico erigido durante a maior parte deste ensino, chegando a modificar o estatuto de conceitos que, até então, eram considerados os pilares da teoria lacaniana:

Todos os termos que asseguravam a conjunção em Lacan – o Outro, o Nome-do-Pai, o falo –, que apareciam como termos primordiais, como termos que podiam até ser chamados transcendentais, posto que condicionavam toda experiência, ficam reduzidos a conectores. No lugar dos termos, por estrutura, transcendentais, que são de uma dimensão preliminar à experiência e que a condicionam, temos o primado da prática. Onde existia a estrutura transcendental, temos uma pragmática, e mesmo uma pragmática social (Miller, 1999a, p.101).

Como vimos no capítulo anterior, na primeira década do ensino de Lacan, o simbólico é introduzido de acordo com ótica estruturalista, isto é, como uma ordem autônoma com existência própria. A marca patente do simbólico é dada pelo grande Outro, instância detentora da significação, que prescreve todas as determinações do sujeito. Ao recorrer à lógica da nodulação, Lacan retira a autonomia e a primazia dada ao simbólico. De acordo com o funcionamento dos nós, o simbólico só se sustenta conectado ao imaginário e ao real. A consequência disso é que a ordem simbólica não pode mais ser tratada como prévia, como algo que fornece a estrutura e as coordenadas da experiência vivida pelo sujeito. Sendo assim, as categorias transcendentais – Outro, Nome-do-Pai e falo – deixam de determinar antecipadamente a experiência e passam a funcionar como elos que estabelecem ligações e asseguram a continuidade do processo de nodulação. Portanto, o que há de fundamental na lógica da nodulação é o alcance operatório do nó que, por sua vez, abre um leque de possibilidades não comportado pela lógica estrutural.

Os reflexos clínicos dessa mudança são expostos no seminário dos anos de 1975-76, intitulado *O sinthoma*. Neste vigésimo terceiro seminário, Lacan elege James Joyce como figura central para introduzir um quarto termo ao nó borromeano: “O quarto, na circunstância, é o *sinthoma*” (Lacan, 1975-76, p.19). Vale a pena notar que, neste contexto, a grafia da palavra sintoma é alterada. Aqui, sintoma é escrito com *th*. O título do seminário em francês é *Le sinthome*. *Le sinthome*, soa como *Le saint homme*, ambigüidade sonora adotada propositalmente por Lacan em função das duas vertentes da arte de Joyce: santo e homem. É através de Joyce, ou melhor, da relação do escritor com sua arte e com o seu pai, que Lacan elabora a noção de *sinthoma*.



Ao longo de sua trajetória, James Augustine Aloysius Joyce narra episódios de sua vida familiar e da vida pública de sua cidade natal, explorando todos os recursos que a língua oferece, ao expor o mundo interior de seus personagens que, quase sempre, estavam relacionados com acontecimentos vividos pelo escritor. Primogênito de uma família abastada que foi, com o passar dos anos, aproximando-se da ruína, Joyce, nasceu em 1882 num subúrbio de Dublin e foi educado dentro dos valores da igreja católica apesar de ser filho de um pai judeu não praticante. Estudou durante a sua infância em colégios jesuítas, cultivando a crença religiosa que foi abandonada ao longo de seu estudo universitário. A recusa formal da fé católica foi efetuada quando o escritor recusou-se a ajoelhar-se e orar diante do leito de morte de sua mãe. Tal episódio é eternizado em *Ulisses*, obra com a qual Joyce ganha fama internacional. *Ulisses*, publicado em 1922 e inspirado na *Odisséia* de Homero, pode ser considerado uma epopéia, vivida em um dia, baseada na vida do próprio autor. O uso da obra literária para relatar acontecimentos vividos e sentimentos experimentados durante diferentes períodos da história pessoal constitui a marca registrada deste escritor irlandês, definida por Lacan como *sinthoma*.

O primeiro romance autobiográfico de Joyce é publicado em 1916 e intitulado *Retrato de um artista quando jovem*. Stephen Dedalus, personagem principal do romance, é um jovem escritor irlandês construído à imagem e semelhança de seu criador. Neste retrato, Joyce traça o caminho percorrido por Dedalus desde a sua infância, marcada pela depauperação familiar e pela fervorosa crença religiosa cultivada pela educação recebida na escola jesuíta, passando pela rebeldia adolescente contra a família, contra os valores religiosos e nacionais, até sua ida para Paris. Em 1902, com o intuito de estabelecer sua identidade pessoal e artística, o jovem irlandês impõe-se uma forma de auto-exílio indo para Paris. Este *exílio forçado* termina em 1903 com a morte de sua mãe.

Em 1904, mais precisamente no dia 16 de junho, Joyce conhece a camareira Nora Barnacle⁵. Neste mesmo ano, Joyce e Nora enamoram-se e, a partir de 1905, passam a viver juntos em Trieste, selando esta união com dois filhos. O casamento oficial só é realizado em 1931, ano em que o pai de Joyce

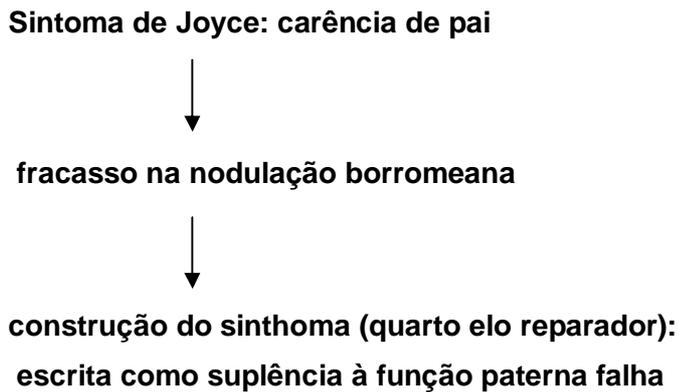
⁵ Esta data foi escolhida por Joyce para narrar as aventuras vividas por Stephen Dedalus, Leopold e Molly Bloom em *Ulisses*. Em todas as partes do mundo, fãs e estudiosos da obra do escritor irlandês comemoram este dia que ficou conhecido como Bloomsday.

morre. O pai de Joyce é descrito como um homem que tinha grande talento para a ruína: “um pai que se distingue justamente por ser indigno” (Lacan, 1956-57, p.69). A instabilidade era a característica fundamental deste pai alcoólatra, que não soube dar continuidade nem tampouco transmitir aos seus a estabilidade financeira herdada. Através do personagem principal de *Ulisses*, Leopold Bloom, Joyce imortaliza seu pai, caracterizando-o como um judeu não praticante, de boa índole que procura por seu filho perdido. Este filho é encontrado no auto-retrato de Joyce, Stefen Dedalus, jovem escritor irlandês que entra na trama após ter chegado de Paris e, logo em seguida, presenciado a morte de sua mãe em sua terra natal.

De acordo com a análise de Lacan, feita no seminário dos anos de 1975-76, há uma inversão nos papéis descritos acima. Não é Bloom, pai de Joyce na ficção, que procura em Dedalus, auto-retrato de Joyce, o filho perdido⁶, mas sim Joyce, que escreve *Ulisses* para dar sentido a carência da figura paterna em sua infância e adolescência. Isto fica claro se estabelecermos uma seqüência entre o seu primeiro romance autobiográfico e a obra que lhe deu fama internacional. No último capítulo de *Retrato de um artista quando jovem*, Dedalus suplica: “Velho pai, velho artífice, mantém-me, agora e sempre, em boa forma” (Joyce, apud Lacan, 1975-76, p.6). Anos mais tarde, Joyce escreve *Ulisses* dando continuidade a esta súplica, ou seja, à procura da figura deste pai que nunca encontrou: “*Ulisses* é o testemunho disso pelo qual Joyce fica enraizado no seu pai. Mesmo renegando-o, e é justo isso que é seu sintoma” (Lacan, inédito, p. 70). Desse modo, Lacan afirma que o sintoma⁷ de Joyce é a carência de pai.

De acordo com o raciocínio desenvolvido por Lacan no seminário em questão, o sintoma conduz ao *sinthoma*. O caminho oposto também pode ser efetuado: a escrita, ao servir como apoio suplementar, permite a Joyce compensar a falha da função paterna. Deste modo, a escrita é o *sinthoma*, o quarto elo, que garante a amarração dos registros real, simbólico e imaginário. De forma esquemática, temos a seguinte equação:

⁶ É importante ressaltar que antes do nascimento de Joyce seus pais haviam perdido seu primeiro filho.



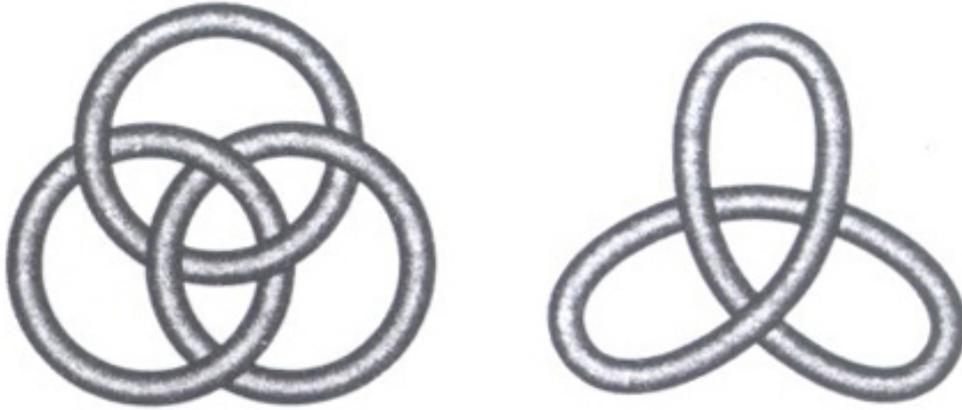
A lógica deste esquema é completamente distinta da lógica estrutural. Nesta última, é a castração que determina as estruturas clínicas organizadas em torno da inscrição ou da forclusão do nome-do-pai. Nesse contexto, as estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão – devem ser entendidas como estruturas existenciais, ou seja, como modos de respostas do sujeito diante da castração. A castração é um conceito psicanalítico que designa a experiência inconsciente da ameaça experimentada diante da possibilidade de perda daquilo que é considerado como uma parte importante do próprio corpo. Portanto, a operação de castração vai além da ameaça de supressão do órgão proferida por um adulto, geralmente o pai, em condições reais de executá-la. Sob esta ótica, é possível conceber a castração como uma ameaça cujo efeito provoca um corte que cinde o vínculo imaginário e narcísico estabelecido entre a mãe e a criança, instalando, assim, a função paterna como um elemento terceiro na relação dual mãe-criança. Uma das formas de compreensão do conceito de Nome-do-pai é a partir da operação de castração. Em um sentido bastante simplificado, o Nome-do-pai corresponde à instalação da função paterna como intermediária da relação mãe/criança.

Como dissemos acima, é a partir da instalação ou não do Nome-do-pai que se organizam as estruturas clínicas. Em outras palavras, podemos dizer que neurose, psicose e perversão consistem em três possíveis modos de resposta, ou melhor, de defesa do sujeito diante da castração. De acordo com o vocabulário lacaniano, na neurose temos uma resposta simbólica, na perversão uma resposta imaginária e na psicose uma resposta real do sujeito diante da iminência de castração. O mecanismo de defesa utilizado na neurose é o

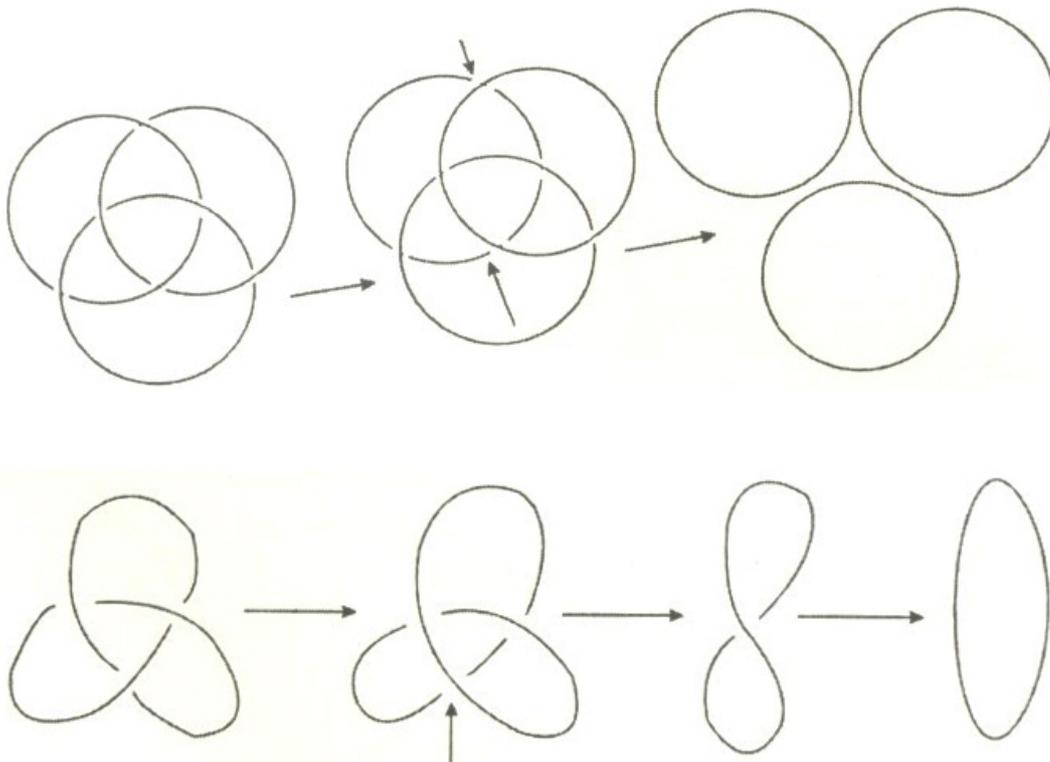
⁷ Neste contexto, sintoma deve ser entendido de acordo com a terminologia freudiana. De forma resumida, o sintoma é uma formação inconsciente, considerada como uma formação de compromisso, que porta uma significação simbólica.

recalque (*Verdrängung*). Neste caso, a castração vai ser negada e permanecer recalçada no inconsciente. Esta representação intolerável recalçada pode retornar através do sintoma. Desse modo, o sintoma pode ser entendido como uma resposta simbólica que encobre uma significação recalçada, que pode se tornar consciente através da interpretação deste. Na perversão, o mecanismo de defesa utilizado é o desmentido (*Verleugung*). O desmentido funciona como uma renegação da realidade, mais especificamente, do reconhecimento de uma realidade faltosa no âmbito da diferença sexual. Ao desmentir a ausência de pênis na mulher, o perverso faz com que coexistam duas realidades contraditórias: a recusa e o reconhecimento da ausência do órgão masculino na mulher. Tal mecanismo leva a uma clivagem permanente do eu e, geralmente, à fabricação de um fetiche como substituto do órgão faltante. Assim sendo, de maneiras distintas, tanto a neurose quanto a perversão conservam a marca da operação de castração. O mesmo não acontece na psicose, cujo mecanismo de defesa é a forclusão (*Verwerfung*). Nesta estrutura clínica, a representação da castração ou, em outros termos, o Nome-do-pai, é foracluído. Isto significa que a marca da operação de castração não é integrada no inconsciente, como acontece com o recalque, e retorna no real pela via da alucinação e de outros fenômenos elementares que invadem a fala ou a percepção do sujeito.

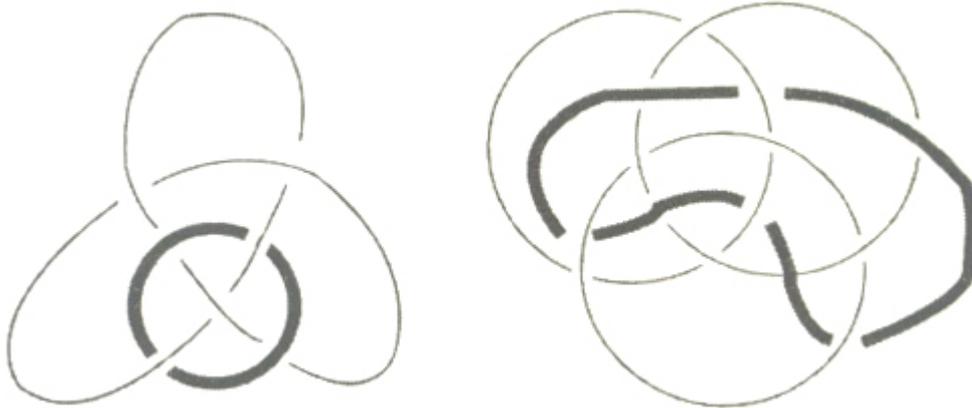
Se nos remetermos ao esquema exposto na página anterior, é possível constatar que a lógica da nodulação é completamente distinta da lógica estrutural. Se Lacan tivesse analisado Joyce sob os moldes estruturais, não teria ele classificado o escritor irlandês como psicótico? A resposta afirmativa seria a mais provável, já que Joyce é conhecido por ser o escritor que mais gozou da liberdade de decompor a linguagem construindo neologismos, jogos homofônicos e trocadilhos. Adicionado a isto, temos o sintoma de Joyce circunscrito pelo psicanalista francês como carência paterna. No seminário dedicado ao escritor, Lacan dirige aos seus ouvintes a seguinte pergunta: “Joyce era louco?” (Lacan, 1975-76, p. 77). Na loucura, assistimos ao rompimento do registro simbólico seguido de uma propagação imaginária que se impõe no real sob a forma de fenômenos elementares. Neste caso, os fenômenos elementares funcionam como uma forma de restituição da falha da função paterna. Ao invés de fazer uso de delírios e alucinações, Joyce usou a escrita como uma forma de *savoir-faire* diante de seu sintoma. “O que eu levanto como questão”, retoma Lacan, “é saber se, sim ou não, Joyce era louco. Por que não seria?” (Lacan, 1975-76, p.87). Tal questão vai ser investigada a partir da topologia dos nós.



Em ambos os nós, tanto o nó borromeano quanto o nó-de-trevo, temos três dimensões distintas – real, simbólico e imaginário – que deslizam uma em relação à outra. Na neurose, os três elos do nó são consistentes, ou melhor, mantêm-se juntos, amarrados, como observamos na figura acima. Existem estruturas que fogem a este padrão de amarração, tornando-se frouxas ou instáveis, correndo perigo de desamarrear a qualquer momento. Para dar conta de estruturas complexas, como a de Joyce, Lacan apresenta a idéia de falhas de nodulação. Estas falhas servem tanto para a escrita do nó borromeano quanto para a do nó-de-trevo.



Em ambos os casos, para que os registros real, simbólico e imaginário mantenham-se unidos é necessária a presença de um quarto termo reparador.



Este quarto elo reparador, designado *sinthoma*, funciona como um ponto de ancoragem, que amarra os três registros, com a função de recondicionar a falha estrutural do enlaçamento. Se retornarmos ao caso de Joyce, veremos como este irlandês construiu um modo singular de amarrar os três registros diverso do Nome-do-pai. Joyce dedicou o final de sua juventude e toda sua vida adulta a uma escrita ficcional autobiográfica que lhe permitiu construir um *alter ego*, ou melhor, uma nova identidade; uma identidade textual. Com Stefen Dedalus, Joyce compõe um *ego* que possibilita a construção permanente do quarto elo do nó. Ao comentar o processo de nodulação em Joyce, Lacan afirma: “O que eu sugiro é que, em Joyce, o ego vem corrigir a relação faltante. Por este artifício de escrita se restitui o nó borromeano” (Lacan, 1975-76, p.152). Tal restituição deve ser entendida como um processo dinâmico e permanente. Basta remetermo-nos ao fato de que, depois de escrever *Ulisses*, Joyce passa dezessete dos dezenove anos finais de sua vida escrevendo sua última obra, *Finnegans Wake*. Este título só foi dado quando o romance foi concluído: *Finnegans Wake* iria se chamar *Work in progress*. Neste ponto, é importante ressaltar que este termo inglês significa algo dinâmico, em permanente construção, um trabalho em elaboração, enfim, uma progressão que está sendo efetuada ao longo do tempo. Portanto, é a partir da idéia de processo contida

nessa expressão que a escrita, ou seja, que o *sinthoma* de Joyce deve ser definido.

Tal é a tese de Lacan em seu seminário, que, através de sua arte, Joyce conseguiu construir seus próprios meios suplementares de amarrar R.S.I. afim de compensar um modo específico de fracasso no nível de sua nodulação original – e, como veremos, ele fez isso usando seu singular talento artístico com a letra para produzir um fio suplementar de gozo inscrito em *lalíngua* e daí tecê-lo através das falhas e buracos do nó, de acordo com a lógica de seu sintoma e com a falta à que ele responde. Joyce, assim, antecipa o tipo de talento artístico que está em jogo na nova clínica desenvolvida por Lacan em seu seminário (Dravers, 2005, p.4).

Ao dedicar um seminário à análise da obra de Joyce, Lacan também realiza um *work in progress*. É através do escritor irlandês que o mestre francês vai avançando em seu seminário, ao construir um novo conceito de sintoma que modifica a ordem psicopatológica estabelecida em sua teoria. Com a introdução da lógica nodular e, sobretudo, com a elaboração do quarto elo, neurose, psicose e perversão deixam de ser estruturas distintas e desconectadas e passam a ser concebidas como estados em continuidade. Tal mudança permite o estabelecimento da seguinte analogia: assim como o Homem dos lobos pode ser considerado o caso limite de Freud, Joyce pode ser considerado o caso limite de Lacan (Rassial, 2000). Pois, como vimos, a análise da obra de Joyce não só indica um novo caminho para a construção do conceito de sintoma, a partir de uma certa falência da divisão por estruturas, como também abre as portas para um novo tipo de classificação que vem ultrapassar a barreira imposta pela clínica estrutural, abrindo um leque de possibilidades que a tripartição neurose, psicose, perversão não comporta. Sendo assim, a introdução do quarto elo modifica a solução de continuidade entre essas três estruturas, colocando em cena uma idéia de gradação capaz de conter formas complexas de amarração não comportadas pela divisão estrutural.

A clínica da nodulação surge para suprir uma carência deixada pela clínica estrutural. Nesta última, não há lugar para as formas complexas de amarração. Ao incluir casos que não se alinham à divisão neurose, psicose, perversão, a clínica dos nós alarga o horizonte da teoria lacaniana. Este alargamento permitiu chamar a atenção para a inclusão dos chamados casos limite ou, como os psicanalistas lacanianos convencionaram chamar, dos casos

inclassificáveis; ou seja, casos não passíveis de inclusão no modelo da clínica estrutural. Com o horizonte ampliado, o fazer clínico lacaniano se modifica.

Basta recorrer à Conversação de Arcachon – nome dado ao encontro dos participantes das seções clínicas francofônicas do Instituto do Campo Freudiano realizado em 1997 – para se constatar a preocupação dos analistas lacanianos diante das formas complexas de amarração. Estes casos inclassificáveis, conhecidos na literatura psicanalítica como casos limite, demandam um novo tipo de sensibilidade clínica do analista. Afinal, o que está em jogo não é a interpretação do sintoma, mas sim a construção do *sinthoma*. De acordo com essa lógica, não é importante saber o porquê das coisas, mas sim fazer com que elas funcionem. Logo, não é adequado que o analista se restrinja a interpretar o material inconsciente recalcado. Pelo contrário, é necessário que o analista se afaste de uma posição de escuta e adote uma posição ativa, participando com sua presença sensível do processo de construção do *sinthoma*.

A partir da análise a obra de Joyce, é possível conceber que o *sinthoma* não é interpretável, ou, como nos diz Lacan, “não há nada a fazer para analisá-lo” (Lacan, 1975-76, p.125). Diferentemente do sintoma, o *sinthoma* não simboliza, ele nomeia. Com Stefen Dedalus, Joyce constrói uma identidade textual, ou seja, cria um nome próprio que restitui a amarração falha dos registros real, simbólico e imaginário. É assim que o escritor irlandês mantém-se *funcionando* durante grande parte da sua vida.

Portanto, ao invés de descortinar o conteúdo recalcado, cabe ao analista estar atento aos “ínfimos detalhes clínicos” pois o “sujeito não deixará entrever o que faz a singularidade de suas amarrações sintomáticas a não ser que o analista o estimule nisso, se o acompanha nesse desvendamento” (Defieux, 1997, p.14). A conseqüência dessa atenção refinada diz respeito a uma mudança na qualidade da presença do analista, que inclui todo o seu funcionamento mental, envolvendo mudanças de sensibilidade e de percepção. Com isto, o analista lacaniano se aproxima de uma sensibilidade característica de Ferenczi e de Winnicott no que diz respeito, sobretudo, à presença sensível do analista no processo de simbolização.

Considerações finais

A tese que orientou este trabalho é a de podermos postular que, para além das evidentes diferenças entre as perspectivas teóricas e os dispositivos clínicos propostos por Winnicott e Lacan, é possível perceber uma fértil aproximação para com a herança legada por Ferenczi. Sendo assim, apesar das diferenças em termos de vocabulário e premissas teóricas, tanto a clínica do *holding* quanto a clínica dos nós elegeram a *experiência vivida* como alvo central de seus manejos clínicos. Uma das conseqüências desta eleição é a reformulação do eixo principal que ordena a função do analista, que passa a se aproximar de uma sensibilidade fundada a partir das descobertas clínicas do psicanalista húngaro.

Ao privilegiar a *vivência no agir (Erleben)* como premissa fundamental para a superação dos limites do interpretável, Ferenczi provoca uma *mudança na qualidade da presença do analista no processo terapêutico*. Enquanto Freud (1912) recomendava aos analistas que se comportassem como um espelho, privilegiando a função instrumental destes para obter acesso ao inconsciente, Ferenczi concebia a situação analítica a partir de uma interação estabelecida entre o paciente e o analista, ressaltando, assim, a participação do analista na tarefa de acessar o material recalcado. Com isto em mente, o *enfant terrible* da psicanálise não poupou esforços e buscou, até o fim de seus dias, novas maneiras de acessar o sofrimento de seus pacientes.

Primeiramente, Ferenczi concebeu a *técnica ativa*. Este instrumento, proposto para colocar os pacientes em condições de submeterem-se à associação livre, é concebido como uma espécie de artifício que tem a função de provocar ou acelerar a investigação do material psíquico inconsciente. Desta forma, a técnica ativa consiste, essencialmente, em impor alguma proibição ou alguma tarefa aos pacientes que, após um longo período de análise, não abandonaram a atitude resistente à interpretação. Ao solicitar, por exemplo, que um paciente fóbico se expusesse à situação que desencadeava a angústia, Ferenczi apostava na frustração, ou melhor, no aumento da tensão – suscitado através do desprazer imposto pela realização de uma tarefa obrigatória – como meio de exacerbar os sintomas e tornar mais intensas as resistências. Com o aumento da tensão, o material recalcado encontrava o caminho da consciência e estava, assim, pronto para ser analisado. Após algum tempo, Ferenczi notou que

tal artifício, ao invés de diminuir as resistências, agia de maneira inversa. Desta forma, o aumento de tensão que era tido como o ponto chave para a análise das resistências, passou a ser entendido como uma contra-indicação para o avanço do processo analítico que se encontra emperrado. Diante de tal evidência, Ferenczi chega à conclusão de que o aumento da tensão provocado pela frustração imposta por um comportamento ativo do analista deveria ser abrandado.

Desta forma, ao se deparar com os limites impostos pela técnica ativa, Ferenczi percebeu a necessidade de o analista adotar uma atitude mais flexível, que o permitisse acessar os sofrimentos de seus analisandos. Para isso, ele propôs uma *elasticidade da técnica psicanalítica*. A marca principal desta nova ferramenta terapêutica é a *faculdade de 'sentir com'*, designada *tato psicológico*. Esta faculdade passa a nortear a ação do analista, a fim de possibilitar um contato empático com o analisando, capaz de eliminar gradualmente os entraves da transferência improdutiva. Ao se colocar no mesmo diapasão do analisando, o analista passa a participar ativamente da sessão analítica com seus processos psíquicos. Isto significa que o analista torna-se parte do processo de simbolização com sua presença sensível. Por provocar uma mudança na qualidade da ação do analista, o conceito de tato deve ser tomado como parte fundamental da herança deixada por Ferenczi.

Depois de ter investigado a *clínica do holding* e a *clínica da nodulação*, não há como negar a presença dos vestígios do *tato ferencziano* no fazer analítico de Winnicott e da tradição lacaniana, diante dos casos que não se amoldam à técnica interpretativa. Apesar das diferenças em termos de vocabulário e premissas teóricas, as duas clínicas têm o tato como elemento principal, que ordena a função do analista. Portanto, em ambas as formas de manejo clínico, a *vivência no agir* é adotada como premissa fundamental para a superação dos limites do método clássico, atestando, assim, uma *mudança da qualidade da presença do analista no processo terapêutico*: o analista passa a participar ativamente da sessão, lançando mão da sua faculdade de *sentir com*.

Na clínica do *holding*, esta proximidade é facilmente explicitada; basta recorrermos à própria definição de *holding* e ao que Winnicott concebe como *experiência de mutualidade*. O termo inglês deve ser entendido como uma sustentação proveniente do ambiente, que possui a peculiaridade de adaptar-se às necessidades que vão se modificando ao longo do tempo. Nesta perspectiva, analista e ambiente são sinônimos. Deste modo, cabe ao analista adaptar-se às necessidades do analisando. Para isso, ele faz uso de uma espécie de tato, ou

melhor, da sua capacidade de *sentir com* que, de acordo com o vocabulário winnicottiano, é designada *experiência de mutualidade*. Tal experiência consiste em uma forma de comunicação silenciosa, estabelecida através da capacidade empática do analista de se identificar com as necessidades do analisando. Na clínica da nodulação, o analista lacaniano também faz uso de uma espécie de tato ferencziano, quando se encontra atento *aos ínfimos detalhes clínicos que o sujeito não deixa entrever nas suas amarrações sintomáticas*. Este tipo de atenção refinada diz respeito a uma mudança na qualidade da presença do analista, que inclui todo o seu funcionamento mental, envolvendo mudanças de sensibilidade e de percepção.

O que há de comum nestas duas perspectivas tão distintas é a necessidade de reconhecimento e de nomeação do sofrimento em questão. Ao reconhecer e nomear o sofrimento de seu analisando, o analista *empresta* a sua sensibilidade ou, como dizem os analistas lacanianos, *coloca um pouco de si*, participando ativamente do processo de simbolização com sua presença sensível. Esta postura muda a qualidade da presença do analista no processo terapêutico. De tradutor do inconsciente, o analista passa a ter papel efetivo no processo de simbolização, tornando-se parte inseparável deste. Ao colocar sua própria fantasia à disposição do paciente, o analista se desvia da posição de neutralidade especular recomendada por Freud como instrumento de acesso ao inconsciente e toma posse da herança deixada por Ferenczi.

Hoje em dia, assistimos a um resgate da sensibilidade fundada na experiência clínica ferencziana. O psicanalista húngaro, que durante décadas ficou restrito ao interesse de pesquisa da história da psicanálise, emerge no cenário atual como uma referência central no enfrentamento dos impasses da clínica contemporânea. Do ponto de vista teórico, suas elaborações podem ser compreendidas como uma chave de entendimento das questões fundamentais que subjazem ao desenvolvimento do universo clínico e conceitual da psicanálise do século XXI. Este trabalho procurou demonstrar como isto se evidencia quando analisamos os aspectos das obras de Winnicott e Lacan que se encontram no cerne do debate em torno do desafio mais significativo da clínica atual.