

## 4

### **As Relações entre Corpo, Afeto e Sensorialidade na Transferência**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## 4.1

### O Lugar do Corpo do Analista – A Dimensão Intersubjetiva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 4.2

### O Paradoxo na Situação Analítica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.3

### **Espaço e Tempo na Experiência Analítica**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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