

## A clínica do testemunho: algumas considerações técnicas sobre o trauma e a corporeidade da experiência

Ao procurar um analista, o sujeito está, sob o impacto do traumático, à procura de uma testemunha. É na medida em que o contar assume o caráter de necessidade e, assim, adquire consequências políticas e clínicas, impostas pela posição que o dispositivo analítico ocupa diante do traumático, que tomaremos o **testemunho** – o contar a partir da experiência, e a **testemunha** – corpo do analista que encarna a experiência e permite a construção da alteridade, como pontos de partida para a discussão neste capítulo. Diante da “catástrofe”<sup>18</sup>, que nos serve como referência para a abordagem do trauma, tomamos a noção de testemunho como problemática, no sentido em que não pode ser explicada de um ponto de vista representacional. Considerando as palavras de Levi a respeito da narração – “A necessidade de contar ‘aos outros’, de tornar ‘os outros’ participantes, alcançou entre nós, antes e depois da libertação, caráter de impulso imediato e violento, até o ponto de competir com outras necessidades elementares” (Levi, 1988, p. 7), gostaríamos de enfatizar a dimensão relacional, de participação política e, principalmente, de sobrevivência do testemunho.

Se considerarmos que a noção de experiência precisa ser modificada a partir da mudança de paradigma que destronou da linguagem e da vida os privilégios da representação, também o testemunho que advém dela requer outra abordagem. Não se trata de “falar a respeito” de eventos, nem ao menos de “falar” como função de um inconsciente marcado por representações e afetos traumáticos.

o campo da Psicanálise, alguns clínicos como Ferenczi, Balint e Winnicott propuseram mudanças técnicas diante do apelo do traumático e sua especificidade. O

---

<sup>18</sup> O sentido de “catástrofe” segue toda a construção do sentido de “experiência” ao longo da tese. A catástrofe refere-se à mudança radical de paradigma, a partir do qual a representação muda de estatuto diante das modificações culturais do momento em que vivemos. Se a crise posta em jogo pela “catástrofe” insere uma ruptura no pensamento, essa mesma ruptura é abertura, oportunidade para pensar a criação e a novidade. Seguimos assim o pensamento de Piérre Fédida, expresso na seguinte opinião: “(...) uma vez que nos encontramos em meio a fortes mutações na sociedade, somos levados a mudar nossos sistemas de representação, a fazer evoluir nossa sensibilidade. Isso não é uma limitação à Psicanálise. Isso conduz todas as coisas a mais uma evolução de nossos costumes. Eu digo: sejamos ainda mais e melhores psicanalistas.” (Fédida, 1999, Entrevista a Alain Braconnier Publicada em le Carnet PSY, février 1999. Tradução de Saulo Krieger)

testemunho perante o traumático é inscrito, a partir da leitura reflexiva destes autores, como uma questão sensível. Questão que não visa a responder ao apelo de um sujeito, ou de uma história, mas que diz respeito à inscrição da história de todos nós. Desse modo, a experiência é entendida como um apelo à criação, ao esquecimento, mas também como uma nova “política da memória”. (Seligmann- Silva, 2008). Memória de restos, fragmentária, manifesta como uma necessidade de, como diz Derrida (1994), “tentar ontologizar os restos, torná-los presentes, em primeiro lugar, em identificar os despojos e em localizar os mortos” (p.24).

Na cena analítica, o analista assemelha-se ao *chiffonnier*, cujo trabalho é recolher trapos, restos. O analista abre a porta aos fantasmas que riem dele. Falar, aqui, de nada adianta: os mortos já estão mortos, e a noite daquele que procura falar é escura e solitária. O traumático exige corporeidade e o analista sabe que seu corpo será sacrificado; o cansaço, o peso, a dedicação e os momentos em que preferiria não estar ali, ele os assume por sua própria conta e risco. Por quê?

Quando a necessidade traz o testemunho à cena analítica no primeiro contato clínico, o analista sabe que não é o primeiro; o contato já existe antes do paciente chegar ali. O endereçamento ao analista se apresenta e, como em qualquer atendimento psicanalítico, a necessidade de contar comparece como um apelo ao outro. Mas o trauma não aparece como o sintoma, não manda representantes. O analisando comparece à análise, mas traz uma demanda de silêncio, não de palavra; ele demanda algo ao corpo do analista, algo além do que ele pode dizer ou ouvir. A Psicanálise descobre, a partir da externalidade do trauma, que algo de assustador vem à cena: tudo o que se passa, tudo o que se passou, atravessa o corpo do analista sem palavra possível. Ele é testemunha do silêncio, sussurro dos fantasmas. O aprofundamento analítico exigido pelo traumático demanda consideração sobre a corporeidade da experiência, pois o que atinge o analisando atinge o corpo do analista.

Quando percebe evidências de abuso sexual ou qualquer violência em relação a uma criança, o “terapeuta”, como psicólogo, tem o dever de denunciar. Mas e o analista? Que compromisso está em jogo no fazer especificamente psicanalítico?

A Psicanálise, diante do traumático, parece confrontar as exigências sociais da tomada de novas posições políticas para responder à questão atual manifesta na

pergunta formulada por Fédida: “como ignorar a esse ponto que o tecido humano é feito de cultura coletiva?”.

Um pensamento sobre a experiência que vá ao encontro desta questão deve incluir o cuidado e a política no processo da análise. Não se trata aqui da defesa de uma descaracterização do processo analítico, da transformação da Psicanálise em psicoterapia. Trata-se de pensar os momentos de cuidado em análise, momentos que exigem outra linguagem, que exigem modificações para que o corpo do analista não esteja lá em vão. Se a Psicanálise é o lugar do “infantil”, há que se pensar também o que comparece de mais arcaico na linguagem, lá onde ela é apenas resto, impacto, criação. Lá onde a linguagem começa, onde o outro começa, lá onde deve haver a testemunha que deixa em suspenso o paradoxo de dizer e não dizer ao mesmo tempo, que confere a liberdade e o alívio implícito na não resolução do paradoxo. Perante os perigos que circundam o processo analítico, como o suicídio, a fuga compulsiva ou a simples estagnação, há muito a ser dito a respeito dos modos de abordagem da experiência, da modulação e da afinação necessárias que atravessam e conferem ao corpo sensível do analista a função de instrumento. O corpo do analista torna-se veículo para que a experiência, *per se*, tome o lugar de testemunha. Há a necessidade de novas “tecnologias sensíveis”; de debruçar-se sobre o processo implicado na transformação da experiência em alteridade que possibilita e se insere no testemunho - ou seja, na narração a partir da experiência - tornando o traumático ontológico para, assim, dar passagem a outras formas de contar.

Entretanto, considerando o traumático como apelo à busca de recuperação da dignidade de viver, o campo da experiência não poderia ser abordado neste trabalho sem que nos debruçássemos sobre as dificuldades do processo, mesmo que de forma circunscrita e pontual. Neste capítulo, tomamos o conceito de “hospitalidade em Derrida” como reflexão política frente ao trauma. Transportando-o para o campo da clínica, por compromisso ético com relação à experiência de viver, a atitude do analista se reverte em paradigma de acolhimento e legitimação da história por meio da narratividade que surge da experiência no encontro com o analisando. Para a construção de uma “clínica da hospitalidade”, recorreremos a modificações técnicas consideradas por Ferenczi, Balint, Winnicott, Fairbain e Guntrip, a fim de pensar a postura do analista que favoreça as condições de possibilidade para o surgimento de uma experiência criadora de si e do mundo. Verdadeiras tecnologias sensíveis,

gostaríamos de mostrar como as descobertas clínicas em questão abrem um campo de investigação ainda pouco explorado: o da modulação afetiva no plano da experiência pré-linguística, no plano mais primitivo da constituição subjetiva. Em relação ao “traumático”, a experiência que se estabelece entre analisando e analista é capaz, não apenas de restabelecer as condições de vida antes marcadas por vivências de aniquilamento e falta de sentido, mas de oferecer meios de compreensão do trauma e do sofrimento que provoca.

Uma vez que a noção de experiência não pode deixar de ser considerada em seu aspecto coletivo, propomos a necessidade de pensar a clínica como um lugar onde a experiência, atravessada pelo corpo do analista, possa se tornar testemunha e possibilitar a criação de novos modos de ser.

#### 4.1

#### **A experiência do perdão e a ética da hospitalidade em Derrida**

Uma vez que os crimes do nazismo destroem qualquer possibilidade de dizer daqueles excluídos do sistema vigente, determinados como vítimas “estranhas e indesejáveis”, o contexto de catástrofe requer, por meio da desconstrução, a construção de novos sistemas. Mas se esses novos sistemas não podem ser expressos em referência aos primeiros, o que significa falar sobre o trauma?

A fala sobre o trauma deve conter, em sua voz, um silêncio. Deve se utilizar de outra modalidade de linguagem: conforme nos mostra Derrida (2009), a experiência é plena de sentido, embora esse sentido seja apenas *différance*, apenas abertura. Deve revelar a fissura, o trauma; a fim de remeter a *différance* à sua dimensão de ruptura quanto ao sistema, deve revelar a exclusão, a impossibilidade resistente ao sistema. Liberar o trauma significa esquecer, quebrar a relação dicotômica que prende a vítima ao algoz para revelar o caráter de oposição e captura do traumático: violenta operação que gera posições fixas e faz com que os sujeitos acreditem que, ao ocuparem seus lugares, estão sem saída. Mas como perdoar o imperdoável?

Nesse ponto, recordamos a questão do perdão conforme abordado por Derrida. Para o filósofo, não se trata de considerar o perdão em sua esfera política ou jurídica. Não se trata de pensar “de outro modo” para esquecer, para seguir em frente apenas.

Ao revelar a simetria entre punir e perdoar, Derrida afirma que o perdão é sempre excepcional, ele não pode ser previsto em nenhuma esfera dada.

Assistimos, em todos os cantos do mundo, às cenas de arrependimento que se multiplicam, desde o final da Segunda Guerra Mundial, e, de forma mais acelerada, nos últimos dez anos. O pedido de perdão da Igreja Católica em relação aos crimes da Segunda Guerra; do primeiro ministro do Japão aos coreanos e chineses; do governo da Bélgica, por não ter agido em relação ao genocídio em Ruanda; e, recentemente, a confissão dos crimes cometidos pelas forças armadas do Chile são grandes exemplos (Perrone-Moisés, C., 2010, p. 1). A frase: “perdoar os algozes da guerra” é uma representação sistemática que Derrida revela como o risco de uma outra violência: a de cair no “simulacro, o ritual automático, a hipocrisia ou cálculo que essas cenas poderiam representar” (Derrida, 2007).

Se a experiência não é subjetiva, nem institucional, o tema do perdão traz uma necessidade de retorno à situação, de consideração às implicações do seu contexto, para submetê-lo à experiência e revelar seu caráter não representacional, seu caráter de indeterminação. É a abertura para a *différance*, para ver o que pode acontecer a partir de outro ponto, em um ponto diverso daquele em que as mesmas representações se estabeleceram.

Pensar sobre os eventos que produziram o conceito jurídico de “crimes contra a humanidade” e que trazem a questão do perdão a partir do ponto de vista de uma cultura, da sua história e seus valores, faz com que consideremos a esfera subjetiva do perdão como âmbito essencialmente político. De acordo com Derrida (2004), o perdão não é uma questão subjetiva, que coloca em questão uma decisão, mas pode ser pensado apenas a partir da perspectiva de uma singularidade indecível.

O traumático, acontecimento posto como referência na problemática do perdão, está na impossibilidade de acesso de uma singularidade ao sistema de códigos vigente. Entretanto, a força singular daquilo que está impedido pelo sistema apenas pode expressar-se pela via própria do impedimento. A voz da “vítima”, seu silêncio, precisa ser retomado para que a situação possa ser considerada, pois a ela foi negado o acesso ao sistema em questão. E é apenas desta singularidade, dessa voz sem qualquer significação possível, que algo pode advir.

A vítima não é alguém que sofre ou sofreu: a vítima é a voz ausente de sentido, terrível, dolorosa, cuja intensidade transformadora está em sustentar um não-

lugar. Por isso é que, para Derrida, apenas pode se dizer o indizível, e apenas pode se perdoar o imperdoável. Pois o perdão é algo que se refere à experiência e não à esfera da Justiça ou do Direito:

(...) quando o perdão está a serviço de uma finalidade, seja ela nobre ou espiritual, como a redenção ou a reconciliação, ou seja, cada vez que ele tenciona restabelecer uma normalidade, social, nacional, política ou psicológica, por um trabalho de luto ou terapia, não é puro (...) O perdão deveria permanecer excepcional e extraordinário, colocando à prova o impossível, como se ele interrompesse o curso ordinário da temporalidade humana. (Derrida, 1998, apud Perrone-Moisés, 2010, p. 2).

Na esfera do Direito, nenhum crime é perdoável por definição e, por isso, Derrida diz que todo crime deve ser julgado. A ideia do perdão deve estar fora desse sistema porque não pertence a ele. Conforme disse Derrida, em sua última fala em público, o perdão não deve ter nenhuma finalidade, nenhuma utilidade, pois seus laços essenciais o unem ao amor (Derrida, 2004). Entretanto, o amor aqui jamais poderia ser entendido em sua versão óbvia, previsível, ou mesmo apreensível. O caráter ético implícito na legitimização da vida, o compromisso que Derrida não cansou de afirmar em seus escritos e entrevistas, implica em um compromisso com a memória, da qual o esquecimento jamais pode ser dissociado.

O amor, mencionado por Derrida, não pode ser entendido, aceitável: ele é sempre excepcional e resistente ao sentido que se possa dar a ele. Da mesma forma, o perdão apenas pode ser considerado sob a perspectiva de uma experiência impossível e de um corpo “outro” – alteridade implícita na própria dimensão vital da experiência. Como ele já havia dito em uma entrevista de 1998:

O perdão deve supor uma memória integral de certo modo. Não creio que haja um dever de não-perdão; creio em qualquer caso na heterogeneidade absoluta entre o movimento ou a experiência do perdão por um lado, e tudo o que com demasiada frequência se associa com ele: o dizer, a prescrição, a absolvição, a anistia, incluindo o esquecimento em todas as suas formas. O esquecimento não é simplesmente o feito de perder a representação do passado, mas o de transformar-se, reconciliar-se, **construir outro corpo, outra experiência**. Consequentemente, não sei se o perdão é possível, mas, se é possível, deve conceder-se ao que é e segue sendo em certo modo imperdoável. Se se perdoa o que é perdoável ou aquilo para o qual se pode encontrar uma desculpa, já não é perdão; a dificuldade do perdão, o que faz com que o perdão pareça impossível, é que deve dirigir-se ao que segue sendo imperdoável. (Derrida, 1998, s/p, grifo meu)

Portanto, na esfera da experiência, a representação, ao ser revelada, apenas é possível ser considerada em seu aspecto insuficiente, precário, e a violência de sua determinação como verdade ou como imposição de uma decisão ou conclusão deve ser denunciada.

Na última entrevista concedida por Derrida antes de sua morte, em casa, na região parisiense de Ris-Orangis, publicada no *Le Monde*, o repórter pergunta ao filósofo se, particularmente, ele considera que tenha “aprendido a viver”. Lutando contra a doença que o levaria à morte, Derrida responde:

De modo nenhum! Aprender a viver, isso deveria significar aprender a morrer, a levar em conta, para aceitá-la, a mortalidade absoluta (sem salvação, nem ressurreição, nem redenção) - nem para si mesmo nem para o outro. (...) Somos todos sobreviventes em *sursis* (e, do ponto de vista geopolítico de “Espectros de Marx”, a insistência vai sobretudo, em um mundo mais desigual que nunca, para os milhares de seres vivos - humanos ou não - a quem são recusados não só os “direitos do homem” elementares, que datam de dois séculos e que são enriquecidos incessantemente, mas em primeiro lugar o direito a uma vida digna de ser vivida). Mas continuo ineducável quanto à sabedoria do saber morrer. Ainda não aprendi ou não adquiri nada sobre esse assunto. O tempo do *sursis* encolhe de modo acelerado. Não somente porque eu sou, juntamente com outros, herdeiro de tantas coisas, boas ou terríveis: com frequência crescente, a maioria dos pensadores aos quais eu estive associado estão mortos, sou tratado como sobrevivente: o último representante de uma ‘geração’, aquela, de modo geral, dos anos 60; o que, sem ser rigorosamente verdade, não me inspira somente objeções mas também sentimentos de revolta um pouco melancólicos. Como, além disso, alguns problemas de saúde se tornam prementes, a questão da sobrevivência ou do *sursis* que sempre me obcecou, literalmente, a cada instante de minha vida, de maneira concreta e inegável, hoje assume outras cores. Sempre me interessei por essa temática da sobrevivência, cujo sentido não se acrescenta ao viver e ao morrer. Ela é original: a vida é sobrevida. Sobreviver no sentido corrente quer dizer continuar vivendo, mas também viver após a morte. A propósito da tradução, Walter Benjamin salienta a distinção entre ‘*überleben*’, de um lado, sobreviver à morte, como um livro pode sobreviver à morte do autor ou uma criança à morte de seus pais, e, de outro lado, ‘*fortleben*’, **continuar vivendo**. Todos os conceitos que me ajudaram a trabalhar, sobretudo o do vestígio ou do espectral, estavam ligados ao ‘sobreviver’ como dimensão estrutural. Ela não deriva nem do viver nem do morrer. Não mais do que o que chamo de ‘luto original’. Este não espera a morte dita ‘efetiva’. (Derrida, 2004, grifo meu)

Assim é que, para Derrida, a dimensão da vida e da experiência é implacavelmente resistente à representação, a tudo o que ela carrega de previsível ou imprevisível, de aprendizagem ou ignorância: vida como acontecimento, como sobrevivência para além da dicotomia entre vida e morte, como “sobrevida”. A legitimação da vida requer considerar o problema do traumático e da corporeidade da

experiência pelo viés que Derrida, mencionando W. Benjamin, chama de *fortleben*, *continuar vivendo*.

Essa forma de entender a vida requer uma noção de experiência como alteridade na medida em que ela implica um acolhimento incondicional, ou seja, o acolhimento ao estranho, um gesto de hospitalidade como de um "senhor impaciente que espera seu hóspede como um libertador, seu emancipador" (Derrida, 1993 apud. Dufourmantelle, 2003, p. 107).

A ética implícita na questão da experiência é expressa pelo termo "hospitalidade incondicional", utilizado por Derrida. Análogo à escuta acolhida e atenciosa de Sherazade em *As Mil e Uma noites* (Benjamin, 1983), a hospitalidade requer um acolhimento ao que é completamente estranho:

Em outros termos, a hospitalidade absoluta exige que eu abra minha casa e não apenas ofereça ao estrangeiro (provido de um nome de família, de um estatuto social de estrangeiro, etc.), mas ao outro absoluto, desconhecido, anônimo, que eu lhe ceda lugar, que eu o deixe vir, que o deixe chegar, e ter um lugar no lugar que ofereço a ele, sem exigir dele nem reciprocidade (a entrada num pacto), nem mesmo seu nome. A lei da hospitalidade absoluta manda romper com a hospitalidade de direito, com a lei ou a justiça como direito. (Derrida, 2003, p. 25)

A hospitalidade, portanto, é o que resta da desconstrução, é a cena da abertura ao impossível como acontecimento, como jogo indecifrável, indefinível e, mais propriamente, do inesperado. Uma hospitalidade impossível irredutível à representação:

este pensamento do possível impossível, do possível como impossível, de um possível-impossível que não se deixa determinar mais pela interpretação metafísica da possibilidade ou da virtualidade (Derrida, 2001, p. 47)

A hospitalidade é a abertura para a vinda do outro, à sua influência indeterminada, como um assombro, um "espanto" (Arendt, 1987). Indizível, o acontecimento apenas pode ser considerado através da hospitalidade como sua única linguagem: uma "certa possibilidade impossível de dizer o acontecimento", entendendo o acontecimento como alteridade.

O acontecimento, é também esse que vem, que chega. (...) há um "sim" ao acontecimento ou ao outro, ou ao acontecimento como outro ou vindo de um outro. (Derrida, 2001, p. 84)

No entanto, a noção de hospitalidade não se confunde com uma aceitação no sentido de complacência. Conforme o neologismo forjado por Derrida, ele refere-se à “hos-ti-pitalidade” no que a hospitalidade tem a sua proposição interrompida, contaminada e pervertida pela hostilidade. Ética paradoxal, a noção de hospitalidade parece exigir que acolhamos qualquer um em “casa” antes mesmo de perguntar seu nome ou nos referirmos à sua identidade. Derrida permite pensar a hospitalidade como conceito que inclui um endereçamento ao outro e um reconhecimento.

Isso significa que a alteridade aqui é também um acontecimento. Dimensão da experiência, a alteridade estabelece que “tout autre est tout autre” (Derrida, 1999b, p. 98.), ou seja, todo “outro” é alteridade, acontecimento. Apesar de ser reconhecível, é justamente por saber que a sua existência excede ao seu nome, que desse outrem é necessário retirar apenas a pura dimensão de alteridade. Para além da ética inerente ao acolhimento da alteridade, o conceito de hospitalidade requer uma estética, pois, como diz Derrida, “o ato de hospitalidade não pode deixar de ser poético” (2000b, p. 10.)

Trata-se de pensar a dimensão da experiência enquanto hospitalidade no que ela tem de menos empírico. A experiência, em Derrida, não é nem representacional nem empírica: é acontecimento no limiar das fronteiras, além do aspecto político a fim de alcançar uma definição que seja ética como a dimensão da vida.

A hospitalidade incondicional, para Derrida, é uma aposta em uma “outra” política. É a proposta da construção de uma atitude em relação a tudo o que é estranho, a fim de levar a tensão da alteridade até sua força máxima. Seria, não uma atitude ingênua de alguém que se expõe aos perigos e ao abuso do outro sem precaver-se, mas um pensamento que acolhe o perigo, que se permite romper as fronteiras em qualquer identidade, qualquer fronteira de país, Estado, grupo ou nação: romper as barreiras do “eu”, na medida em que permite ao “eu” o enfrentamento com o que acredita estar em seu exterior.

No propósito de uma nova ética, o acolhimento à alteridade pode ser entendido da mesma maneira que Derrida compreende a questão da herança: no sentido de que herdar é sempre re-inventar, é ser afetado pelo que, anterior e independente de nós, não se escolhe. É saber reafirmar o legado, mas também relançá-lo diferentemente, de conferir a ele uma sobrevivência. Oferecer uma sobrevivência à herança, tal como nos aponta Derrida, significa sobreviver além do representável, para além da

comunicação: é acolher a alteridade naquilo que recebemos sem nenhuma condição. A hospitalidade, nesse sentido, refere-se à possibilidade da transmissibilidade de uma experiência sem nome, sem data, que precisa ser acolhida como tal. É apostar na noção de “hospitalidade” como nova ética, criada para melhor responder às questões históricas do nosso tempo, em meio a um contexto de catástrofe. Para além da representação, a hospitalidade inclui em si o acolhimento à hostilidade, à compreensão da nossa própria intolerância a tudo o que é outro, a fim de possibilitar o encontro com novas possibilidades do viver.

As questões do perdão e da hospitalidade em Derrida nos permitem pensar em novas formas de acolhimento na clínica. Assim, o analista ocupa o lugar de testemunha que acolhe a alteridade, que considera e legitima o encontro e coloca em segundo plano o “evento traumático”, não por deliberação própria, mas porque a representação não é mais possível diante da catástrofe no campo da cultura. O analista, no lugar da testemunha, considera o perdão ao mesmo tempo como a única forma de libertação e experiência impossível. O perdão apenas pode ser excepcional e, por isso, é abertura de sentido na relação analista-paciente. O encontro analítico acontece sem propósito definido, como uma história aberta, em que o perdão é o nascimento impossível — e justamente por essa razão talvez se torne possível — de uma nova história, de um outro corpo, uma outra experiência. No entanto, esse esquecimento apenas pode acontecer na medida em que a história é ouvida pelo analista, é legitimada por ele e, a partir dele, pode perpetuar-se.

## **4.2**

### **Ferenczi: sensibilidades técnicas**

#### **4.2.1**

##### **O tato**

A perda da experiência perante o traumático acarreta para o sujeito “uma hipersensibilidade dirigida ao exterior” (Ferenczi, 1990, p.62), da qual ele, quando e na medida em que pode, defende-se. Assim, da mesma forma, o analista parece defender-se da hipersensibilidade de seu analisando, de seus exageros, de seus excessos ou faltas. Dessa maneira é que pretendemos interpretar aqui o fato de logo

nos primeiros escritos do *Diário Clínico* de Ferenczi (idem) constar uma importante referência “à insensibilidade do analista”. (p.31)

Essa defesa do analista, porém, também tende a aparecer quando o paciente se expressa artificialmente, apresentando uma conversa superficial por tempo demasiado longo ou apenas um silêncio “vazio”. Ferenczi não traz o tema da insensibilidade na análise apenas por questões morais pessoais, por “mera intuição ou sentimentalismo”, ou como uma crítica à ausência de “benevolência” por parte do analista. Ao contrário, a questão ética aí apresentada é consequência de uma sofisticada acuidade técnica e uma considerável autonomia crítica.

Descrito como um modo “afetado” de saudar, uma exigência formal de “dizer tudo” e uma “suposta” atenção flutuante, o conjunto de atitudes insensíveis do analista é descrita por Ferenczi como uma comunicação “não apropriada” (1990, p.32) com os pacientes “difíceis”. O mais importante quando lidamos com consequências advindas do trauma é, portanto, para Ferenczi, a questão da transmissibilidade da experiência. Caso esta “transmissibilidade” não seja bem sucedida, o ego dos pacientes será atingido (ofensa) e, como não conseguem reagir às invasões e falhas externas, passam a duvidar da própria percepção e da própria capacidade de comunicação. A insensibilidade analítica, assim, impede a comunicação e perpetua o trauma.

Mas quais elementos poderiam configurar o que poderia ser chamado, então, de “sensibilidade analítica”? Ferenczi definiu esta modalidade de abordagem ao trauma como “tato” (*Einfühlung*) ou a faculdade de “sentir com” (1988, p. 303). Diante do risco de ser mal compreendido e questionado por utilizar um conceito excessivamente geral, Ferenczi aponta para as minúcias implicadas na técnica, enfatizando que o “sentir com” deve alternar-se permanentemente com a “auto-observação” e o julgamento (idem, p.308). O analista deve buscar:

(...) saber quando e como se comunica algo ao analisado, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para se tirar conclusões; que roupagem dar à comunicação se for o caso; como reagir a uma reação inesperada e desconcertante do paciente; quando se deve calar e esperar outras associações, em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc." (Ferenczi, 1988, p. 303)

É interessante notar a ênfase dada ao “modo” de comunicação, mais do que conteúdo, na intervenção. O tato requer uma modulação da tonalidade e inflexão da voz e do silêncio, de modo a criar com o paciente um ritmo na medida de suas necessidades. Ao contrário de uma prática caracterizada por ceder ao paciente sem resistência, Ferenczi fala de um processo de sintonia, que implica ao analista um processo sutil de se “colocar no mesmo diapasão do doente, (...) mas nos mantermos firmes (...) em nossa posição ditada pela experiência analítica” (idem, p. 311).

A sintonização não é, ao contrário do que possa parecer, uma atitude, um “fazer” analítico. Ferenczi se refere a uma “passividade”<sup>19</sup> para descrever um processo que poderia ser definido como uma modulação sutil da “experiência”; a fim de evitar a frustração gerada pelo dispositivo analítico, o analista deve proporcionar ao paciente um estado o mais natural possível, “à vontade” (1992, p. 59). Isto não implica, portanto, em descuido, pois Ferenczi considera que a posição do analista requer “um rigoroso controle do (seu) próprio narcisismo, mas também a vigilância aguda das diversas manifestações afetivas” (Ferenczi, 1990, p. 32). A “elasticidade técnica” refere-se exatamente a esta modulação de graus de passividade e atividade. Ferenczi (1930) adverte que deveriam:

(...) existir meios de tornar perceptível ao paciente a nossa atitude **amistosamente benevolente** (*freundlich wohlwollende*) durante a análise, sem abandonar por isso a análise do material transferencial, nem, é claro, cair no erro daqueles que tratam o neurótico com uma severidade ou um amor fingidos e não de acordo com o modo analítico, ou seja, com uma total sinceridade. (Ferenczi, 1990, p. 60, grifos do autor).

Tudo se passa como se o analista e o analisando “escorregassem” para uma posição, sentida por ambos como adequada no processo de sintonização. Essa

---

<sup>19</sup> Ferenczi (1933) refere-se à passividade necessária ao acolhimento a pacientes regredidos, hipersensíveis às alterações externas, mas alerta contra a benevolência profissional hipócrita. Em contraponto, desde o início dos anos 20, Ferenczi nunca abandonou a questão da necessidade de uma certa atividade por parte do analista, até defender a “técnica ativa” após confrontar-se com os limites da palavra na técnica analítica clássica. Atento a gestos e atitudes corporais sutis dos pacientes, ele propõe inibir certos atos e estimular outros. A técnica ativa (Ferenczi, 1919/1988), como via de rompimento da estagnação analítica, visava favorecer a emergência de novas associações. Ela consistia em injunções e proibições de determinados atos, impostas pelo analista ao paciente, na direção contrária ao princípio de prazer. O objetivo é aumentar a tensão e provocar uma nova distribuição da energia libidinal, o que abriria o caminho para o material recalcado. O pressuposto dessa técnica é a resistência e o conforto dos pacientes, que se acomodam no amor transferencial e deixam de associar livremente. Ferenczi percebe os limites e contra-indicações da técnica ativa em pouco tempo, confessando o caráter autoritário da técnica como motivo para o insucesso. Isso o leva a pensar sobre o lugar ocupado pelo an

configuração “ótima” é extremamente sensível a variações e exige do analista muita capacidade de modulação e uma espécie de “paciência” (Ferenczi, 1992, p. 74).

No artigo de 1929, intitulado “A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte” (1992), Ferenczi refere-se ao “tato” como uma necessidade de “elasticidade técnica” a fim de atingir situações analíticas que implicam na perda de vontade de viver dos pacientes, características do trauma do mal-acolhimento na infância. Em termos mais amplos, ao tomar o trauma como um “acontecimento”, ontológico e não apenas individual, podemos considerar que perante o traumático há necessidade de uma específica “hospitalidade” ao infantil. O “infantil” como uma necessidade de criação que, no trauma, não favorece a vida.

A criação característica do “infantil” diz respeito ao “real”, na medida em que o ser humano, ao nascer, encontra um mundo que precisa se apresentar de forma a “moldar-se” ao que ele demanda. É nesse sentido que consideramos a ideia de Ferenczi quando diz que, no trauma, a posição do analista é de ser a realidade. Ao tornar-se ambiente, o analista apresenta ao analisando o anteparo, ao mesmo tempo em que é elástico, móvel, dinâmico como um fluxo. Ele é firme e, ao mesmo tempo, flexível.

Trata-se aqui de pensar como a experiência analítica em jogo nas descrições de Ferenczi vem à cena de modo a não permitir que dissociemos “sujeito” e “objeto”

Apenas a experiência, antes de qualquer linguagem possível, garante a transmissibilidade do que se passa. No entanto, a resistência do analista à prontidão afetiva necessária para que esse processo se dê, levou Ferenczi (1928) a tornar ainda mais evidente a indissociação entre clínica e ética. Seria necessário exigir que os analistas procurassem ir além dos seus limites, ou seja, que fosse postulada uma exigência ética de análise, autêntica e não burocrática, para os analistas. O analista deve ser capaz de conter o que Ferenczi (1928) chamou de “compulsão a interpretar”.

Ao tornar a técnica mais “elástica”, Ferenczi passa a ser surpreendido por um aumento de manifestações corporais, intensidades emocionais catárticas e estados alterados, características de uma manifestação traumática, infantil, justamente por serem extremamente pouco organizadas do ponto de vista da maturação psíquica. As manifestações corporais revelam uma limitação da capacidade representacional e uma angústia relacionada à impossibilidade de representar, exigindo outra forma de compreensão.

Na tentativa de remover as dificuldades do analista diante dos seus pacientes, Ferenczi cria uma técnica que chamou de “análise mútua”, e que seria o disparador de um fecundo momento de experimentações técnicas descritas no seu “Diário Clínico” (1932/1990). É a partir desses escritos experimentais que desejamos propor reflexões sobre papel do analista diante do traumático da experiência.

#### 4.2.2

#### **Espontaneidade e sinceridade**

Sobre a postura do analista, após ter refletido sobre os perigos da “insensibilidade”, Ferenczi (1990) prescreve a necessidade de “naturalidade e honestidade” em seu comportamento. Esse fator tem como objetivo tornar o analista capaz de assumir o papel da “realidade”, devolvendo ao paciente a percepção adequada com relação aos próprios sentimentos – o que foi perdido sob o impacto do trauma. Identificado com a situação catastrófica, o sujeito assume a culpa do “agressor”<sup>20</sup>, internaliza o binômio vítima/algoz e perde sua capacidade de distinguir-se. O trauma, retirando do sujeito qualquer alteridade possível, exige do analista que ocupe essa posição. No entanto, essa alteridade apenas pode ser construída no plano da experiência, de onde pode ser recuperada a diferenciação eu-outro. Esse processo de passagem pela experiência, como diz Ferenczi:

É como se duas metades da alma se completassem para formar uma unidade. Os sentimentos do analista entrelaçam-se com as ideias do analisado e as ideias do analista (imagens de representações) com os sentimentos do analisado. Desse modo, as imagens que de outro modo permaneceriam sem vida tornam-se episódios, e as tempestades emocionais, sem conteúdo, enchem-se de um conteúdo representativo. (Ferenczi, 1932/1990, p.45)

Identificamos nesta narrativa a partir da experiência de “sentir com”. As representações que surgem, como “restos de restos” (Derrida, 2009) não se referem a fatos específicos, mas a algo “sentido como real” por ambos, analista e paciente. A

<sup>20</sup> A fim de conceituar o processo de introjeção, Ferenczi, em seu texto “Transferência e Introjeção” (1909), o contrapõe ao conceito de projeção. Através do processo de introjeção, os pacientes incluem defensivamente em sua esfera de interesses, através de um processo longo e complexo do aparelho psíquico, uma parte tão grande quanto possível do mundo externo para fazê-lo objeto de suas fantasias inconscientes ou consciente. O desmentido, a partir do mecanismo traumático, impede o processo de introjeção, fundamental à constituição subjetiva.

realidade é possibilitada, assim, pelo preenchimento causado pela “vitalidade” de que são investidos.

Ao sublinhar a necessidade de uma atitude sincera, ou seja, “real”, Ferenczi não deixa de enfatizar a modulação da experiência que reside em equilibrar, de acordo com as situações, a “passividade” ou “atividade” do analista na maneira que se comporta com os pacientes. Se a atividade pode causar frustração, sem que o paciente consiga sequer admitir, a passividade pode causar “abusos” e exigências pouco proficuas de satisfação dos pacientes. O que Ferenczi não cessa de alertar é exatamente contra a rigidez para um lado ou para outro.

A posição do analista requer uma abstenção de seu querer, de toda sua “sabedoria”. Nada mais inócuo do ponto de vista do traumático que a intelectualização, a racionalização, defesas utilizadas pelo analista e que são os principais empecilhos para a vitalização desses pacientes e o prosseguimento da análise. A experiência do “sentir com” exige uma espécie de impessoalidade, para permitir uma maior aproximação afetiva.

O contato afetivo, justamente por ser “impessoal” (portanto, não pulsional) requer que as modulações da experiência possam adquirir uma corporeidade capaz de “formar”, de “criar”, subjetividade e alteridade. Assim, entendemos quando Ferenczi diz que ao analista é demandado “pensar com o corpo, como na histeria” (1932/1990, p.35). Essa afirmação é investida de muita importância e astúcia clínicas. Porque Ferenczi parece estar realmente oferecendo estatuto à experiência, devolvendo sua corporeidade, sua realidade enquanto “órgão” de transmissão da experiência anterior e subsistente à linguagem, ou, no dizer de Agamben<sup>1</sup>, ao infantil na linguagem.

### 4.2.3

#### **Pensar com o corpo**

Assim como na histeria e nas “doenças corporais de órgãos”, o que acontece na experiência de “sentir com” é o acesso (“retorno”) a forças vitais, atemporais, manifestas, como diz Ferenczi:

---

<sup>21</sup> Referência ao início do capítulo e ao capítulo 2.

Assim como forças exteriores muito poderosas podem fazer ir pelos ares substâncias mesmo fortemente organizadas, inclusive provocar a explosão de átomos, enquanto se instala naturalmente a necessidade de um desejo ardente de novo equilíbrio, também parece que nos seres humanos pode ocorrer, em certas condições, que a substância (**orgânica, talvez também inorgânica**) reencontre e mantenha sua qualidade psíquica que não foi utilizada desde tempos imemoriais. Em outras palavras, a capacidade de ser mobilizado por motivos, ou seja, o psiquismo, sobrevive também, virtualmente, nas substâncias e, embora inativa em condições normais, pode reanimar-se em certas condições anormais. (Ferenczi, 1990, p.36, grifo meu)

Aqui, Ferenczi une a experiência a sua característica vital. A experiência é corporal, porém de forma específica. Ela advém de “substâncias” corporais e incorpóricas, quase como um terceiro elemento. Ferenczi não decide sobre o estatuto da experiência, justamente por seu caráter paradoxal. Aí é que identificamos que, por sua característica reconstrutora, a experiência pode ser compreendida como uma alteridade, como toda a força da vida que visa a transformar, criar. Ferenczi utiliza a histeria e os fenômenos somáticos para atingir o processo pelo qual — assim como na regressão do erotismo aos órgãos ocorrida nesses casos — a experiência se apresenta como “corpo semi-fluido”, “como uma substância cuja rigidez e uniformidade anteriores foram parcialmente redissolvidas em psiquismo pronto a readaptar-se” (idem, p.38). A experiência se apresenta, então, ao menos parcialmente, como ponto “iniciante” e “inicial” da subjetividade, em plena potência criativa. A experiência como fluxo de “semi-substâncias”, como conceitua Ferenczi, possui esse

caráter extraordinário ou até maravilhosamente agradável de ser, ao mesmo tempo, corpo e espírito, quer dizer, de exprimir nas transformações de sua estrutura e de suas funções, desejos, sensações de prazer-desprazer, ou até mesmo pensamentos complicados (linguagem dos órgãos). (idem, p. 38)

Quando há formação de sintomas, essas forças “se modificam em substância e se expressam por meio delas”, o que significa para o sujeito abandonar todo o investimento no externo e instaurar uma adaptação interna. Para se proteger de algo potencialmente destruidor, o indivíduo destrói-se de maneira mais ou menos organizada, o que lhe daria certo contato com essa natureza “criativa” e lhe traria um certo “alívio”. No entanto, o sintoma tem como preço o sacrifício de uma parte que continua a viver mesmo sentindo-se morta; mesmo na tentativa de encontrar um “lugar num estado de equilíbrio superior, talvez universal”, como diz Ferenczi (1990, p.39), sua libertação não se dá completamente. Em todo caso, segue a reflexão de

Ferenczi, “esse procedimento mental abre caminho para a compreensão de uma inteligência surpreendente do inconsciente, isso em momentos de grande aflição, perigo de morte ou agonia.” (Idem)

Logo, o analista não deve deixar de considerar a verdade contida nas doenças mentais, abrindo-se a elas, sem racionalismos. O ajuste sensível do analista deve ser capaz de responder, entre o “corpóreo e o incorpóreo” - por isso a importância da autoavaliação e da análise - e com extrema acuidade, à modulação delicada de estados de choque revividos em estados “regredidos de semi-transe”. Ferenczi relata que uma paciente, em um desses estados, foi tomada de uma “ausência”, com alterações da respiração acompanhadas de uma intensa sensação psíquica de confusão, cólera e violentas dores na cabeça. Ferenczi considera que, nesses momentos, o “menor ruído, o mais suave roçar” tornam esses sofrimentos ainda mais insuportáveis. Ao referir-se a um caso de esquizofrenia, da mesma forma, Ferenczi alerta para o fato de que o analista apenas pode entrar em contato com a parte do psiquismo do paciente carregado por “afeto puro”, mediante “grande dificuldade e regras de conduta bastante especiais”.

#### 4.2.4

##### ***Estar com e outras tecnologias sensíveis***

A intensificação além da medida da técnica de “análise mútua”, em que Ferenczi confessava seus sentimentos “sinceros” ao paciente e esse o analisava, levou o analista húngaro a considerar as consequências prejudiciais da mutualidade no tratamento. No entanto, movido pela sensibilidade clínica, Ferenczi realizou reflexões e modificações técnicas diante do apelo do sofrimento dos pacientes e da exigência de sua posição ética como analista.

Os percalços negativos que assolaram a técnica da análise mútua não anulam em absoluto os apontamentos de Ferenczi que aqui tivemos por intenção destacar. Processo sempre dinâmico, incompleto, a análise transcorre caso a caso com seus desafios.

A inegável originalidade de Ferenczi, entretanto, serve ao propósito dessa pesquisa no sentido em que seu trabalho clínico procurou lidar com o difícil e ainda pouco explorado campo da experiência. Quando assolados por processos traumáticos,

os mecanismos defensivos mascaram formas agudas e desorganizadas de sofrimento. Ferenczi permite pensar a especificidade do “cuidar” e as demandas que isso implica, para que o analista tenha coragem de abandonar seus automatismos e se debruçar sobre a criação de “novas sensibilidades”.

As reflexões e experimentações clínicas de Ferenczi nos são muito úteis no esclarecimento da noção de experiência proposta pelo objetivo deste trabalho. Torna-se possível, então, pensar a experiência como algo no limiar entre o possível e o impossível, o corpóreo e o incorpóreo, entre analisando e analista, como um campo sensível e rico de elementos clínicos e acontecimentos delicados, porém potencialmente curativos. Em tempos de “catástrofe”, ressoam muito atuais as palavras de Ferenczi:

Eu ficaria feliz se pudessem dar-se ao trabalho de verificar tudo isso, no plano da sua prática e da sua reflexão; e se também pudessem seguir o meu conselho de atribuir, doravante, mais importância à maneira de pensar e de falar de seus filhos, pacientes e alunos, por trás da qual escondem-se críticas, e dessa forma soltar-lhes a língua e ter a ocasião de aprender uma porção de coisas. (Ferenczi, 1992, p. 97)

O campo da experiência, a partir de Ferenczi, configura-se como prática reflexiva, criativa, ética, política, inegavelmente, de uma sensibilidade cujos meandros são complexos.

### 4.3

#### **Balint: novo começo e regressão**

Uma das principais contribuições de Balint é o pensamento sobre a transferência como campo de experimentação. Sua visão positiva do processo analítico considera o fenômeno regressivo um momento da análise em que analista e paciente propiciam um “novo começo”, transformando antigas formas de relações objetais, rígidas e coercitivas, em novas possibilidades de criação de novos padrões, mais flexíveis e gratificantes. Tudo isso se dá a partir da conduta do analista, que propicia um ambiente no qual o paciente pode amá-lo e odiá-lo de novas maneiras e desenvolver novas formas de agir e ser no mundo.

A sensibilidade do analista perante a regressão não requer, ao contrário da demanda eventualmente expressa pelo paciente, a satisfação de seus desejos e

pedidos, implícitos ou explícitos. Assim como Ferenczi (1930), Balint recomenda que o analista mantenha o “tato”, através da habilidade de modulação da atmosfera afetiva e da manutenção da confiança. Por isso, Balint (1933) desenvolve uma apurada diferenciação na qualidade dos processos regressivos, enfatizando a importância da modificação da conduta do analista nas diferentes situações.

Enquanto o sujeito encontra-se em “regressão com finalidade de gratificação”, suas exigências são pulsionais. Tal como concebida por Freud, nessa modalidade de regressão o paciente procura seduzir o analista a gratificar suas “vontades” infantis, mobilizá-lo a partir de seu sofrimento, com vistas a obter uma forma de fugir a seus conflitos e de utilizar o analista para evitar o desprazer. Na regressão gratificadora o sujeito está sozinho, ou seja, esse é um fenômeno que se passa em um “interior” forjado. O outro é sentido como um objeto de prazer-desprazer.

Balint considerava insuficientes os termos analíticos forjados para dar conta das formas patológicas conhecidas. Para Balint, a situação analítica insere o sujeito em um contexto bipessoal, ou seja, ele necessita de uma relação objetal que ofereça condições para a cicatrização da “falha básica”. Balint enfatizou a necessidade de ver a Psicanálise como uma “Psicologia de dois corpos” (1959), em que o analista participa integralmente na relação com sua própria economia e dinâmica, suas reações e personalidade (p. 222). As tentativas de recuperação dessa “área traumática” expressam-se na análise como um processo de regressão por que passa o paciente, e o analista pode favorecer ou impedir a recuperação, tornando a regressão bem ou mal sucedida.

Na zona da “falha básica”, apenas duas pessoas existem. O bebê depende do ambiente, e não há clara definição entre externo e interno. Balint afirma que a “terceira pessoa” estruturante está ausente na área da “falha”, e, portanto, a força originária não possui o caráter de conflito (Balint, 1993, p.28).

Quando o paciente encontra-se regredido à área da falha básica, o analista deve comportar-se de outra maneira. Por tratar-se de uma forma particular de relação, deve atender às necessidades do paciente. No dizer de Balint:

Responder de forma positiva às súplicas e anseios de um paciente regressivo, gratificar, é, provavelmente, um erro técnico. Por outro lado, atender às necessidades de um paciente por uma forma particular de relação objetal, mais primitiva do que a obtida entre adultos, pode ser uma medida técnica legítima que provavelmente não tem nada a ver com a regra de “frustração” ou “privação” (Balint, 1993, p. 149).

Ao contrário do que se poderia supor, o momento de regressão não exige do analista gratificação ao paciente, mas uma refinada sensibilidade técnica. Para Balint, os sintomas, neuróticos ou psicóticos, correspondem a uma modalidade de relação objetal distorcida; quando confrontado com uma camada profunda na análise em que o paciente age de forma regredida, o analista deve facilitar o processo regressivo para que ocorra de forma “benigna”, ou seja, permita a reparação das “feridas” da “área da falha básica”.

A regressão benigna, para Balint, oferece a possibilidade de um “novo começo”. A confiança é estabelecida de forma integral e configura-se como um processo “transitório” em que o sujeito “mergulha” em um estado de indiferenciação que não se confunde com uma simbiose. Ao contrário do que ocorre no processo identificatório, esse “mergulho” se dá em uma espécie de “substância afetiva” caracterizada como um “envolvimento” em que as características pulsionais estão ausentes - não porque estejam mascaradas, mas porque a regressão apresenta uma configuração diversa.

Quando a regressão é considerada “benigna”, o analista deve oferecer-se, não como objeto de prazer, mas como “objeto primário”. Não significa que o analista deve oferecer “amor primário”; para Balint, nem as mães oferecem amor primário a seus bebês. O que elas fazem é se deixarem “conduzir verdadeiramente como objetos primários, isto é, oferecem-se como objetos primários a serem investidos pelo amor primário.” (Balint, 1993, p. 164). O analista deve estar disponível, o que não significa oferecer-se como objeto de gratificação, ou seja, não cabe ao analista “permitir” tudo. Ele percebe a modalidade regressiva e reverte-se em “objeto primário” para ser investido.

Ao denominar a regressão à falha básica como “regressão com finalidade de reconhecimento”, Balint (1993) sugere que a corporeidade do analista, sua presença como “objeto primário” está em sustentar e carregar o paciente. O analista permite-se entrar em contato com a “substância primária”, permitindo uma mistura com o paciente sem limites nítidos. A experiência em jogo é, segundo Balint, uma espécie de “segurar o paciente apertado”, para que ele possa “continuar por si mesmo”. Nessas condições, o analista não deve oferecer nenhuma interpretação, pois “as palavras são instrumentos pouco confiáveis nesse momento” (1993, p. 152). Tanto paciente quanto analista são imersos em um tipo de “transmissibilidade” que torna os limites tênues a

ponto de, nesse estado de comunicação sem palavras, ser possível ao paciente captar o que se passa com o analista como se tivesse um talento misterioso, dando a impressão de que trata-se de fenômenos de telepatia ou clarividência (Balint, 1956). A fim de atingir essa dimensão da experiência regressiva, Balint salienta: “o que o analista deve fornecer – e, se possível, durante apenas as sessões regulares – é suficiente tempo livre de tentações extrínsecas, estímulos e exigências, inclusive as originárias do próprio analista” (Balint, 1993, p. 165).

O analista deve evitar parecer onipotente ao paciente. Isso indicaria uma indisponibilidade do analista para atuar como “substância primária”, isto é, como uma resistência “na medida certa” capaz de sustentar o paciente. Nas palavras de Balint, o analista:

deve permitir que seus pacientes se relacionem ou existam com ele, como se fosse uma das suas substâncias primárias. Isso quer dizer que o analista deve sustentar o paciente, não ativamente, mas como a água que suporta o nadador, ou a terra, o caminhante, isto é, estar presente para que o paciente o utilize sem muita resistência a ser usado. Na verdade, alguma resistência não é apenas permitida mas essencial. Entretanto, o analista deve ter cuidado para que sua resistência crie apenas o atrito suficiente para o avanço, mas definitivamente não muito mais, senão o progresso pode se tornar muito difícil, devido à resistência ao meio. Além e acima de tudo, deve estar presente e deve ser indestrutível - como o são a água e a terra. (Balint, 1993, p. 153)

Balint enfatiza a importância da “indestrutibilidade” do analista, o que aqui interpretamos, entre outros aspectos, como uma “transmissibilidade” da experiência que o analista permite todo o tempo. Destruir, aqui, é equivalente à incomunicabilidade, à desconexão. Por isso, o analista deve se permitir manter-se em um estado transmissível, mediante todos os ataques do analisando.

Na transferência, o que Balint definiu como “amor primário” aparece como uma necessidade de ser amado por inteiro pelo analista (1985). O analisando necessita mergulhar em uma experiência integrada e integradora, e o analista precisa oferecer-se para ocupar esse lugar, o de facilitador da “experiência” reparadora. Este lugar, entretanto, não exige uma “tarefa” por parte do analista, e esta é toda a dificuldade da compreensão do fenômeno em jogo.

De acordo com Balint, o “caminho para o mundo dos objetos” precisa ser descoberto pelo paciente. A “falha básica” “não é analisável para fora da existência”; não se trata, no processo regressivo, de esquecer e reinscrever um evento passado. Da

mesma forma, Balint não aponta o percurso do sujeito, em relação ao traumático, como um evento de linguagem. Em relação à regressão, Balint diz que:

A finalidade é que o paciente possa tornar-se capaz de encontrar-se, aceitar-se e continuar por si mesmo, sabendo todo o tempo que existe uma cicatriz em si, sua falha básica, que não pode ser “analisada” para fora da existência; além disso, deve poder descobrir seu caminho para o mundo dos objetos – e não que lhe mostrem o caminho “correto”, por meio de alguma profunda ou correta interpretação (Balint, 1993, p.165)

Balint considera o processo de reparação como algo único, que acontece a partir do encontro analítico. Não significa que aquela situação foi vivida da mesma maneira, mas que assim é possível o acesso a essa “área da falha básica” que, para Balint, mobiliza a área criativa da mente – o que apenas pode acontecer a partir do encontro analítico que confere corporeidade à falha, e localiza-a a fim de que o sujeito possa situar sua experiência em relação à sua posição frente aos objetos. A experiência possibilitada pelo encontro analítico, dessa maneira, é capaz de conferir um “corpo real” ao paciente, para que alguma inscrição de sua história possa ser criada.

Na disponibilidade ao encontro analítico colocada em jogo pelo processo regressivo, a aptidão do analista é, eminentemente, sensível. Entre outras coisas, ele deve permitir um período suficientemente longo de luto; mas essa “permissão” não pode ser da ordem do “consentimento” realizado entre adultos. O analista deve ser capaz de estar conectado com uma “experiência” de entrega afetiva e cuidado, sem permitir que suas próprias necessidades de gratificação apareçam. O paciente tem necessidade de que o analista se esqueça de si. No dizer de Balint, a regressão envolve um tipo de luto em torno da falha básica, e uma agressividade em relação ao “que deveria ter sido”:

Uma vez que o analista está apto a preencher todos os requisitos...e permite ao seu paciente um período suficientemente longo, às vezes muito longo, de violenta agressividade seguido pelo luto e arrependimento ligados à falha básica e a todas as perdas por ela causadas...pode-se desenvolver uma nova relação que permitirá ao paciente experimentar um tipo de remorso ou luto (Balint, 1993, p. 183).

Nesse momento de regressão, Balint (1993) formula uma importante consideração sobre a posição do analista: “Apesar deste processo não poder ser

apressado, é da maior importância que seja testemunhado” (idem, p. 184). Assim, a posição do analista perante a “falha básica” é de testemunha; não do passado, nem do presente, mas de uma “experiência traumática” que, a partir da legitimação operada pela corporeidade, passa a tornar-se uma “experiência compartilhada”.

O compartilhamento da experiência é possível na medida em que o analista abdica de si enquanto sujeito narcísico e permite ao analisando o abandono recíproco de uma “visão narcísica sobre si mesmo”. O luto a que Balint se refere caracteriza-se como um luto dessa imagem narcísica (Balint, 1993, p. 151), aparentemente “protetora”, e que inclui esperança de atingir um ideal perfeito das circunstâncias e de si. Os pacientes que passam por esse tipo de regressão são, de acordo com Balint, difíceis de situar em termos diagnósticos. A incapacidade que eles demonstram de “sentir prazer com qualquer coisa” é indício do sentimento de inadequação que os habita e que advém do apego à não aceitação da “falha”, das perdas e dificuldades que ela acarreta.

Essa não aceitação, portanto, na relação analítica, transforma-se em regressão quando o analista é sensível ao momento e coloca-se no lugar de “objeto primário”, como testemunha de todo o processo. Como no caso clínico relatado por Balint:

Depois de uma sessão insatisfatória de uma sexta-feira, na qual o paciente aceitou, com alguma relutância, que não se tinha podido estabelecer um contato real entre ele e o analista, porque durante toda a sessão tornara seu analista inútil, teve grande dificuldade em deixar a sala. Um pouco antes de abrir a porta, disse que se sentia péssimo e pediu uma sessão extra, em qualquer momento do fim de semana, para ajudá-lo a se recuperar (Balint, 1993, p. 156).

Na sessão acima, Balint descreve uma tentativa do analisando de “usar” o analista como objeto de gratificação. O mesmo paciente já havia pedido outras sessões extras, sem que, no entanto, nenhum trabalho analítico fosse realizado durante as mesmas. O analisando, nesse exemplo, coloca o analista em um impasse: caso o analista aceitasse, o paciente o veria como objeto onipotente capaz de aliviar suas tensões, e, se recusasse o pedido, o paciente o veria como um “analista malvado” ou sentir-se-ia infeliz por importunar seu “bondoso analista”.

A saída de Balint foi reconhecer e aceitar a aflição do paciente e fazê-lo sentir que estava **com** ele. Depois, admitiu ao paciente que não julgava a sessão extra tão “poderosa” a ponto de dar-lhe o que ele precisava: isso tornaria seu analista grande e forte e ele muito fraco e pequeno, o que não seria desejável. O paciente foi embora

sem ser satisfeito mas, à noite, em um acontecimento muito raro, telefonou a seu analista a fim de dizer como estava se sentindo, sem nada mais querer dizer, e sem pedir outra sessão. As sessões seguintes revelaram uma queda importante na tensão da relação, aumentando a confiança e facilitando a retomada do trabalho analítico.

De acordo com Balint, esse é um exemplo de que uma regressão “maligna”, ou seja, que desejava utilizar o analista como gratificação, foi transformada em uma “regressão por reconhecimento”, isto é, uma regressão “benigna”. A sensibilidade analítica de Balint é manifesta, nesse caso, não na aceitação ou recusa do pedido do paciente, mas no **modo** como o analista muda de posição, colocando-se em um lugar diferenciado. O analista coloca-se em um “não lugar”; ele não está nem contra, nem a favor; entretanto não utiliza a interpretação como revelação. Recusando-se como objeto, o analista se oferece a partir da única possibilidade que lhe cabe: a de afirmação do compartilhamento possível da experiência.

De acordo com Balint, o analista deve perceber a busca pelo paciente da satisfação pulsional quando está se defendendo do contato com a área da “falha básica” e resistir às tentativas de conseguir uma **ação** do analista. Caso o analista se deixe “estar com” (no dizer de Ferenczi), a regressão se modifica e o paciente se permite confiar. Essa confiança traz um “novo começo”, uma abertura para a criação de novas modalidades de relação. O paciente, então, abre mão do narcisismo – considerado por Balint apenas como “um desvio para obter de si mesmo o que os outros não deram” – e da agressão à relação, que “não é mais do que uma reação a esta falta de amor primário” (1993, p. 128).

Balint, em seu trabalho clínico, não deixa de enfatizar a necessidade de investigação sobre o “comportamento do analista”. Ciente de que esse tópico é assunto “perigoso e complicado” (Balint, 1990, p.222), tendo em vista a resistência a mudanças no corpo teórico da Psicanálise revelada por colegas de sua época, refere-se à necessidade de pensarmos a “contribuição do analista em criar e manter a situação analítica” (idem, p. 218). O enfoque de Balint, nesse ponto, reverte-se de atualidade. Balint demonstra como a posição do analista pode favorecer ou atrasar o traumático, perpetuando ou impedindo a recuperação, e como a rigidez teórica pode tornar a análise um processo improdutivo ou até mesmo “iatrogênico”.

A regressão, em sua modalidade “benigna”, como dizia Balint, é a descrição da entrada de ambos, analista e paciente, em uma “experiência” compartilhada, não

caótica, legitimadora da vida e criadora. No âmbito da experiência, não há nem objeto nem transferência, "não há um objeto externo envolvido e é por isto que nosso conhecimento deste processo é tão vago e incerto" (idem, p. 29).

A experiência é definida por Balint como uma conexão entre indivíduo e seu meio, macro e microcosmos, conforme o seguinte trecho:

O que emerge do estudo da regressão na situação analítica é que todos nós temos uma fantasia de uma harmonia original que deveria ser de nosso direito que foi destruída tanto por nossa própria falta, tanto por maquinações de outros ou por nosso destino cruel. (...) Essa harmonia é tema de inúmeras crenças religiosas e contos de fada, e parece ser a última meta de todo esforço humano. O esforço por uma completa harmonia entre o sujeito e seu ambiente pode ser comparado (a) nossa vida sexual, particularmente em sua fase mais intensa - durante o orgasmo, e (b) a todas as formas de êxtase. Talvez a qualidade mais importante de todas essas formas - contos de fadas, êxtases, orgasmo sexual - seja uma identidade quase completa entre o indivíduo e seu meio, isto é, entre microcosmos e macrocosmos. (Balint, 1990, p. 64)

A “falha básica”, para Balint, é tudo aquilo que perturba e destitui o direito humano a uma “harmonia original”. Entretanto, diante da “falha básica” causada pelas falhas humanas da mãe, aquilo que pode ser considerado traumático para o paciente é não encontrar uma testemunha, perdendo, assim, a capacidade humana de compartilhar o impossível de ser compartilhado. Essa é a dádiva da experiência, expressa por Balint no conceito de “regressão benigna”, e que depende não apenas da investigação sobre o comportamento do analista, mas também da invenção de tecnologias sensíveis, que facilitem o “novo começo” de padrões relacionais. O domínio do traumático é exclusivamente relacional e perpetua-se quando as “falhas básicas” instituem-se como feridas que não podem ser cicatrizadas. Nesse sentido, o traumático é a falha básica tornada intransmissível.

O acesso à experiência, descrita por Balint em termos de “regressão” criadora, é possibilitada pela “ausência de si” tanto do analista quanto do analisando; imerso na dimensão de transmissibilidade, o analista se coloca como testemunha, como alguém que possui um compromisso, não com o paciente ou consigo mesmo, mas com a vida e sua continuidade. Fenômeno de “compreensão”, a experiência dispensa as palavras: como pode haver aí testemunho? O testemunho inscreve-se na corporeidade do analista que se oferece e do analisando que se transforma; o “novo começo” ao mesmo tempo legitima a falha e permite o esquecimento para a inscrição de uma nova história.

#### 4.4

#### **Winnicott: *holding* e não comunicação**

O analista, para Winnicott, é um facilitador do processo de desenvolvimento emocional do analisando através do manejo da relação que estabelece com ele. Winnicott afirmava: “Faço análise porque é o que o paciente necessita. Senão, faço outra coisa.” (Winnicott, 1983, p. 152). Em seguida, Winnicott questiona: “(...) então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim?” (1983, p. 155).

O analista, antes de tudo, adapta-se. E essa adaptação, para Winnicott, é uma questão de “quão pouco é necessário ser feito” (idem). O analista deve dizer, fazer, não fazer o menos possível, apenas o necessário.

Para isso, o analista deve ser, antes de tudo, sensível às necessidades do paciente. Trata-se de um processo de “empatia”, mas, também, de capacidade de “estar vivo, estar bem e estar desperto” (1983, p. 152). A técnica do analista deve sustentar-se em sua capacidade de “brincar” e sua capacidade de ser espontâneo, mesmo em seu dever de analista. A brincadeira acontece em uma sobreposição de duas áreas do brincar, e a técnica analítica se orienta no sentido de torná-la possível para o paciente. No dizer de Winnicott:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. (Winnicott, 1975, p.59).

O brincar é, para Winnicott, a área da experiência. Na fronteira entre o subjetivo e o objetivo, o espaço potencial, ou espaço do brincar, é inicialmente um espaço que se abre entre a mãe e o bebê, e que constitui potencialmente novos modos de ser e viver.

O setting analítico, para Winnicott, sustenta o brincar, e ao analista cabe modular o processo que leva ao brincar. No entanto, essa modulação se faz a partir da “vida” do analista, da possibilidade de estar “presente”, do ponto de vista da experiência do espaço transicional. A modulação da brincadeira exige a adesão por

parte do analista àquele espaço e tempo diferenciados, incomuns, mas que convivem com o tempo espacializado e comum, objetivo.

O brincar é o modo de comunicação da psicoterapia e a Psicanálise é uma “forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros” (Winnicott, 1975, p.63). No entanto, a maioria dos pacientes que Winnicott analisou não adquiriu a possibilidade de brincar.

Com os pacientes que não atingiram a fase do desenvolvimento em se que sentem integrados ao próprio corpo e em relação aos conteúdos internos e externos, a ponto de serem capazes de habitar e acessar a área do “brincar”, ou área dos fenômenos e objetos transicionais, o trabalho de análise clássico dá lugar a uma “tarefa” de “sustentação”. O analista torna-se uma função ambiental de prover as necessidades do paciente, da mesma maneira que uma mãe cuida de um bebê. Segundo Winnicott:

No tratamento das pessoas esquizóides o analista precisa saber tudo que se refere a interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer este trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio simples ao ego, ou de *holding*. Esse *holding*, como a tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre (Winnicott, 1983, p. 217).

Trata-se de lidar com um momento de constituição subjetiva a partir de uma “experiência” com o analista. O analista deve fazer “*holding*”, ou seja, servir como um “meio” onde antes apenas havia um sujeito sem comunicação “viva” com o exterior. O analista integra o paciente e o protege do aniquilamento provocado por “angústias impensáveis”, oriundas de um momento em que a fala ainda não era utilizada como meio de comunicação.

O analista, para Winnicott, deve investigar as funções ambientais e suas consequências na constituição subjetiva dos indivíduos. Winnicott afirmava que “quanto mais caminhamos para trás em nosso estudo do desenvolvimento do ser humano, ficamos cada vez mais óbvia e profundamente envolvidos no estudo do ambiente, o que em termos de psicoterapia significa o manejo” (1990, p. 119). O estudo clínico desse “manejo”, processo sofisticado que envolve sensibilidade e vitalidade, traduzidas em uma capacidade de estar com o outro sem invadi-lo, atropelá-lo e interpretá-lo, quando na verdade a necessidade do paciente é de “estar

vivo”. E, segundo Winnicott, apenas podemos estar vivos a partir da presença de uma “experiência” compartilhada com alguém.<sup>22</sup>

Mesmo diante de sintomas considerados “neuróticos” e de pacientes que lhe relatavam lembranças traumáticas, Winnicott nunca se ocupou da questão traumática a partir da dúvida sobre se esses eventos seriam “verdadeiros” ou não. Winnicott considerava que ao analista cabia “confiar no afeto que acompanha os sintomas” e segui-lo até onde ele o levar (Winnicott, 2000, p. 259).

A menção à figura materna como padrão de cuidado ao paciente deve-se à necessidade do analista de “dispor de toda a paciência, tolerância e confiabilidade da mãe devotada ao bebê”. A capacidade de “reconhecer que os desejos do paciente são necessidades” implica que o analista “deve deixar de lado quaisquer outros interesses a fim de estar disponível e ser pontual e objetivo” (1983, p. 287). A disponibilidade do analista comparece na medida de seu próprio desenvolvimento emocional, no encontro com o paciente e facilita, por sua vez, a continuação do desenvolvimento inato do paciente a partir da recuperação de falhas ambientais no momento de sua constituição como indivíduo. Ao relatar a experiência de “regressão à dependência” de um paciente, Winnicott observa que:

Nessa experiência parecia-me ver uma criança revivendo experiências infantis precoces, corrigindo, a partir de alguma necessidade interna, o seu fracassado encontro inicial com o mundo. Ele estava nascendo de novo. Eu via um ambiente substituindo o outro. Mais adiante a análise através de interpretações verbais tornou-se então não apenas possível, mas urgentemente necessária. Na etapa que descrevi, porém, minha função era fornecer um certo tipo de ambiente, e assim permitir que o menino fizesse o trabalho. (Winnicott, 2000, p. 246)

Ao lidar com pacientes regredidos ao período de “dependência”, assim como os bebês, Winnicott denomina o processo analítico de “análise modificada”: “E quanto à análise modificada? Eu me dou conta de trabalhar como um analista ao invés de realizar análise padrão quando me defronto com certas condições que aprendi a reconhecer (...)” (1990, p. 154). Nessa modificação analítica, existem condições, portanto, que o analista deve “aprender a reconhecer” e que dizem respeito à modificação de sua postura e de sua conduta sensível.

---

<sup>22</sup> Para Winnicott, o bebê apenas adquire a capacidade para “estar só” após uma experiência viva e de qualidade, compartilhada, com a mãe e o ambiente que o circunda. (1983, p. 143)

Para Winnicott, a análise é “apenas para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la”. Para os outros tipos de paciente, ele colocava-se em posição de trazer o indivíduo para uma condição em que ele pudesse tolerar cada vez mais o processo de análise; por isso, esse trabalho não analítico, acreditava Winnicott, “pode ser melhor feito por um analista que é versado na técnica psicanalítica clássica” (idem).

Winnicott acreditava que o analista deveria ser capaz de investigar em si e em seus pacientes modos de abordagem e técnicas sensíveis capazes de mobilizar a capacidade criativa. O apelo de Winnicott, aos analistas, é que esses “saibam menos”, conforme a seguinte afirmação:

Minha descrição equivale a um pedido a todo terapeuta para que permita a manifestação da capacidade que o paciente tem de brincar, isto é, de ser criativo no trabalho analítico. A criatividade do paciente pode ser facilmente frustrada por um terapeuta que saiba demais. Naturalmente, não importa, na realidade, quanto o terapeuta saiba, desde que possa ocultar esse conhecimento ou abster-se de anunciar o que sabe (1975, p. 83).

Na área da experiência, o paciente comparece em um “estado não integrado de personalidade” e é apenas a partir desse estado que a criatividade pode emergir. As condições de emergência da criatividade incluem, portanto, uma não integração do eu, que precisa ser “encontrado”, “refletido de volta” de forma mais organizada, pelo analista. (idem, p. 92). Winnicott traçou, assim, um “procedimento terapêutico” possível que consiste em:

(...) propiciar oportunidade para a experiência amorfa e para os impulsos criativos, motores e sensoriais, que constituem a matéria-prima do brincar. É com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. (...) Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos (1975, p. 93).

A fim de adquirir a oportunidade de brincar, o analisando precisará passar pela fase de “regressão à dependência”, infantil, e ao analista não é possível ensinar ao analisando como comportar-se nesse momento da prática. O que Winnicott sugeriu diz respeito a uma capacidade sensível de “identificar aspectos falsos da personalidade”, que ocultam o “verdadeiro self”. Winnicott refere-se a um “colapso”

como período necessário ao tratamento, que consiste no abandono do modo de ser, adaptativo, mas não espontâneo, e, portanto, não “real”. Durante o colapso, o analista vê-se diante de uma “experiência” com o analisando em que ele precisa servir de apoio, ao mesmo tempo capaz de estar identificado com o paciente e orientado para a realidade externa. O paciente, nesse momento, “precisa” ficar extremamente dependente, como se não existisse, mesmo quando uma parcela sadia de sua personalidade atua como um aliado do analista e na verdade lhe mostra como se comportar (Winnicott, 2000, p.149).

O analista deve, nesse momento, ser capaz de suportar a raiva advinda das falhas do ambiente e, ao sentir que a raiva é suportada, o paciente torna-se capaz de tolerá-la. Assim, o analisando recupera a dimensão de transmissibilidade da experiência afetiva, na medida em que sente que o evento traumático foi legitimado pelo analista. Ou seja, o analista converte-se em testemunha da realidade, dentro e fora do paciente.

Se o analista ocupa a posição de testemunha, a “fase seguinte (da análise) é de um período de crescimento emocional em que o caráter se constrói positivamente e perde suas distorções” (1983, p. 282). Isso não significa que “tudo está resolvido”: Winnicott define seu trabalho clínico como “sempre escorregando” de um tipo de trabalho analítico para um não analítico, segundo “a tendência do processo inconsciente do paciente” (2000, p. 398).

De acordo com Winnicott, o analista, ao realizar o trabalho de “*holding*”, ou seja, de “sustentação do paciente”, não está interpretando. Há uma modalidade diferenciada de verbalização, mas a atenção do analista deve estar mais voltada para o “modo e atitude com que usa as palavras” (Winnicott, 1991, p.85) do que para o seu conteúdo representativo. O analista, portanto, deve dar mais ênfase ao “contexto” do que ao significado do material trazido pelo paciente. (2000, p. 395)

No momento em que o analisando entra na fase de separar-se do analista, advém um processo em que intensa agressividade direcionada ao analista, à qual o analista deve procurar sobreviver. Após a sobrevivência, segue-se um período de “identificações cruzadas” entre paciente e analista, que permite ao paciente “colocar-se imaginativamente no lugar do analista, e (ao mesmo tempo) é possível e bom para este colocar-se no lugar do paciente, **a partir de certa posição**, isto é, ter os próprios pés no chão” (1975, p. 185, grifo meu). Novamente, Winnicott enfatiza que a posição

do analista, diante do processo regressivo, é a de oferecer ponte entre a “realidade” e o que o paciente sente como “subjetivo”.

Segundo o psicanalista inglês (2000, p. 216), o *holding* pode, ocasionalmente, tomar uma forma “física”, principalmente diante de situações psicóticas. Mas o clínico sublinha que acredita ser necessário o *holding* físico apenas quando a situação é de muita gravidade ou quando a “verbalização, a simpatia e a compreensão” não atingiram suficiente corporeidade.

A função do analista, para Winnicott (1994) é “transmitir confiabilidade” (p. 90), sem deixar de reconhecer os sentimentos de incredulidade e incapacidade por parte do paciente. Sua confiança é um “modo de agir” e um “modo de não agir” conforme as necessidades do paciente. O analista deve cooperar com o paciente “no seguimento de um processo, processo esse que em cada paciente possui seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo”. Winnicott sublinha o fato de que “todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas” (2000, p. 374).

A interpretação, no contexto da regressão e fora dele, é entendida por Winnicott como possuidora de uma função determinada, que é a de “deixar o paciente conhecer o limite da interpretação”, até o ponto em que, como descreve Winnicott a respeito de uma paciente de 10 anos, o paciente é capaz de entender isso como indícios da realidade da sua presença: “(...) Uma menina de dez anos me disse: Não importa que algumas das coisas que o senhor diz estejam erradas, porque eu sei quais são as certas e quais as erradas” (1994, p. 248).

A prematuridade da interpretação pode impedir que o paciente “descubra as coisas por si mesmo”, o que “aniquila a criatividade do paciente” e possui um caráter “traumático”, no sentido de ser “contrária ao processo de maturação.” (1994, p. 160). A interpretação costuma funcionar mais como “verbalizações de experiências no presente imediato da experiência da consulta”, o que significa que a verbalização é circunscrita à vivência do analista e está completamente relacionada com o tempo da relação com o paciente. A verbalização possui o caráter de modulação sonora e afetiva, de contorno e espelhamento da atitude do paciente. De acordo com Winnicott, nesse contexto regressivo “o conceito de interpretação como verbalização do consciente nascente não se aplica exatamente” (1975, p. 163-164).

A validação da dor do paciente acontece na medida em que afirma a “realidade” e a “vida” do ambiente, capacidade do ambiente de ser “louco”. O traumático, para Winnicott, é a evidência de uma inabilidade do ambiente na época em que a constituição subjetiva estava se processando. O analista deve descrever ao paciente a realidade da sua existência: o que o analista vê, sente, percebe na relação com o paciente, devolvendo a esse último a capacidade de relacionar-se com aspectos da realidade e sentir-se “vivo” habitando-a. Ao relatar o caso de um analisando, em certo momento, Winnicott verbaliza ao paciente estar ouvindo uma “menina”, ao invés de um “menino”. Assim, o analista legitima a percepção do paciente de que o ambiente era “louco” e que precisou “enlouquecer” a fim de adaptar-se e manter alguma parte saudável em si:

Foi minha observação seguinte que me surpreendeu e fechou a questão. Eu disse: “Não é que você tenha contado isto a alguém; sou eu que vejo uma garota e escuto-a falar, quando, na realidade, há um homem no meu divã. O louco sou eu”. Com base neste padrão, ele dispôs posteriormente as suas defesas, mas era a “loucura” da mãe que via uma menina onde existia um menino, e isto fora trazido diretamente para o presente por eu haver dito: “O louco sou eu”. Nessa sexta-feira ele foi embora profundamente comovido e sentido que esta fora a primeira mudança significativa em análise em longo tempo (embora, como já disse, tivesse havido um progresso contínuo no sentido de um bom trabalho sendo feito) (1975, p. 134).

Legitimando a realidade traumática, o analista permite ao paciente sentir-se “real”, ao mesmo tempo em que percebe a realidade de sua própria experiência, compartilhada com o analista. A verbalização, aqui, permite ao paciente ouvir as palavras do analista a responsabilidade do ambiente. Uma vez que o ambiente torna-se favorável, real, o paciente também pode transformar-se.

Apesar da importância da verbalização, o silêncio foi um dos aspectos clínicos mais enfatizados por Winnicott; a relevância de estar atento às modulações do silêncio, às particularidades de cada situação. O silêncio, para Winnicott, é uma forma de comunicação sensível, e possibilita a compreensão de estados do *self* do paciente. Nesse sentido, a comunicação silenciosa e secreta com objetos subjetivos restaura o senso de real para o si-mesmo (Winnicott, 1983, p. 166).

Se o paciente regride ao ponto de estar em contato profundo com seu núcleo interno, desenvolvido a partir de sua própria criatividade e do ambiente materno, o analista precisa abdicar de seu “eu”, como uma espécie de “não presença”, de maneira a não perturbar a comunicação silenciosa, atenciosa e criativa com a experiência. Nos

períodos iniciais da constituição subjetiva, o bebê precisa adquirir a capacidade de considerar um objeto como “objetivamente percebido” e não apenas como “objeto subjetivo”. A fim de continuar o caminho rumo ao objeto, o ambiente precisa ser “favorável”, permitindo uma relação criativa com o mundo. Da mesma forma, Winnicott (1982) percebe a fase de desenvolvimento correspondente do paciente em relação ao analista, exigindo deste último uma conduta específica, para que o processo não seja perturbado e para que o paciente possa sentir-se vivo e real:

É somente aqui, no lugar que o analista não mudou de objeto subjetivo para um que é objetivamente percebido, que a Psicanálise é perigosa, e o perigo é tal que pode ser evitado, se soubermos nos comportar. Se esperarmos nos tornar percebidos objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falharmos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico (que é equivalente ao processo maturativo do lactente e da criança), subitamente nos tornamos não-eu para o paciente, então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiados próximos à comunicação com o núcleo central quieto e silencioso da organização do ego do paciente. (Winnicott, 1982, p.172)

Para Winnicott, como podemos observar, a posição do analista requer um manejo sensível e uma dosagem rigorosa, tanto do seu comportamento, quanto da relação com o analisando. Ele não deve falar demais, saber demais, deve estar nem perto, nem longe demais. O analista também não pode refugiar-se em um silêncio distante, desconectado, demasiadamente relaxado ou defensivo. O analista deve lidar com seu “sentimento de inexistência”, pois o paciente precisará ignorá-lo, ao mesmo tempo em que em outros momentos o atingirá a ponto de provar sua vitalidade. O maior trabalho do analista é consigo mesmo.

## 4.5

### **Fairbairn e o rumo aos objetos**

Em *Fatores Esquizóides da Personalidade*, de 1940, Fairbairn (1980) apresenta sua tese de que as defesas dissociativas são fenômenos presentes na personalidade de modo geral. Fairbairn interessou-se pela psicogênese do ego e identificou aproximações entre o ego rudimentar da criança e do paciente “esquizoide”.

Fairbairn (1980) concluiu que tanto o bebê tem uma necessidade de regular a distância interpessoal como um foco central de preocupação, a habilidade para

mobilizar as defesas de autopreservação e autoconfiança, uma difusa tensão entre a necessidade carregada de ansiedade de ligação e a necessidade defensiva de distância (que se manifesta no comportamento observável como indiferença), e uma supervalorização do mundo interior face ao mundo exterior. Khan traduz em três características fundamentais o funcionamento esquizoide: uma atitude de onipotência, uma atitude de isolamento e desapego e uma preocupação com a realidade interior (Khan, 1980). De acordo com a pesquisa fairbairniana, o percurso para a constituição subjetiva ocorre com a preponderância do objeto sobre as atitudes libidinais, o que inscreve o autor na categoria de estudiosos que se dedicam à formação do eu em detrimento dos impulsos, levantando hipóteses críticas contrárias a ideias psicanalíticas freudianas de pulsão e zona erógena. Fairbairn (1980) questiona:

Por que um lactante chupa o polegar? Nessa simples pergunta jaz todo o destino do conceito de zonas erógenas e a forma da teoria da libido baseada nele. A resposta de que o lactante chupa o polegar porque lhe proporciona prazer erótico é convincente, porém na realidade nos afasta do tema. Por que o polegar? E a resposta será: porque não tem um seio para chupar. (Fairbairn, 1980, p.27)

A busca pelo objeto é inerente ao desenvolvimento do indivíduo como tal, e ele se empenhará em criar meios que reparem a incapacidade do ambiente de oferecer o que necessita, a saber, o vínculo com o objeto. Para Fairbairn, a libido é “função do ego” e está a serviço da busca de relações satisfatórias com o objeto, e não de prazer. Só a partir do estabelecimento de relações boas é que o sujeito será capaz de ter confiança e segurança necessárias para o amadurecimento emocional adequado e para o aprendizado da realidade, de forma progressivamente menos dependente.

Fairbairn possui uma noção quanto ao funcionamento mental, ou, em suas palavras, “estrutura endopsíquica”. Ao buscar a mãe e seus primeiros objetos e considerar o fracasso da adaptabilidade do ambiente à sua necessidade de segurança, amor e proteção, o bebê passa a desenvolver uma série de mecanismos a fim de lidar com as frustrações e o desamparo. O conjunto desses mecanismos fará parte da formação do inconsciente e da personalidade. A fim de preservar o objeto satisfatório, diante da frustração, o sujeito sente-se em perigo e introjeta-o, dividindo-o em aspectos para preservar suas características gratificantes e rejeitar aquelas que provocam frustração. O objeto gratificante, sentido como “bom”, não se incorpora na estrutura egóica, mas apenas atua oferecendo segurança e favorecendo o

amadurecimento. A primeira personalidade do bebê, ou “si mesmo psíquico primário”, é, ao mesmo tempo “*self*” e instância adaptativa, maturativa, congênita e centro das funções sensório-motoras. O princípio da realidade é prévio ao prazer e todo o corpo é voltado para a relação com a realidade. Para Fairbairn, “o princípio do prazer é uma deterioração da realidade e implica um empobrecimento das relações de objeto”.

Uma vez introjetado, o objeto primitivo é dividido em necessitado, rejeitante e ideal. É interessante observar que, para Fairbairn, apenas os objetos “maus” “rejeitantes” e “necessitados” (porque excitam e frustram) passam por um processo de “recalcamento direto primário”, diferente do “recalcamento primário” postulado por Freud.

O ego também é dividido, para dar conta dos objetos “recalcados”, em “ego libidinoso” (ligado ao objeto necessitado) e “ego antilibidinoso” (ligado ao objeto rejeitante). O “ego ideal” não é recalcado e mantém-se ligado ao “ego central”. A dinâmica do recalcamento direto primário dá-se a partir da agressão diante da frustração que, dirigida para os egos e objetos internos, tenta impedir o conflito com o ambiente. Componentes da estrutura “endopsíquica”, as partes do ego contam a história real das relações de objeto, suas gratificações e frustrações. Nesse sentido, Fairbairn reflete:

Naturalmente, ninguém que tenha nascido neste mundo é tão afortunado para gozar de uma relação de objeto perfeita durante o impressionante período de dependência infantil. Em consequência, ninguém se emancipa completamente do estado dependência infantil, ou de algum grau de fixação oral proporcional, e também ninguém escapa da necessidade de incorporar os objetos primários. Pode deduzir-se, portanto, que está presente em todos uma tendência subjacente ou bem esquizóide ou bem depressiva, segundo tenham sido as relações de objeto primária e secundária. (Fairbairn, 1989, p. 46)

Disposições psicopatológicas presente em todos, a depressão e a esquizoidia são sentimentos, medos e ansiedades que acompanham a vivência em relação aos objetos. Enquanto o depressivo tem medo da rejeição e de perder o objeto devido a seu ódio, o esquizoide teme não ser querido e perder sua libido, porque “seu amor é mau”. No inconsciente fairbairniano, apenas encontramos fantasias relacionadas a frustrações e objetos maus, compensações para a perda ou insatisfação. Assim, todo inconsciente é patológico. Conforme interpreta Figueiredo (1999):

A constituição de dois feixes, separados e não integráveis, de relações objetais – um englobando partes do eu e objetos excitantes e o outro reunindo partes do eu e objetos frustrantes e rejeitadores – gera um sistema fechado do qual o indivíduo terá muita dificuldade para se libertar. Fairbairn sugere que sintomas neuróticos e psicóticos sejam estratégias mais ou menos padronizadas para lidar com estas dificuldades. Fobias, obsessões, histerias e estados paranóides são entendidos como técnicas alternativas para enfrentar as cisões no mundo interno do paciente que, nos níveis mais profundos de sua constituição psíquica, traz uma estrutura esquizoide. (Figueiredo, 1999, p.78, )

O corpo, para Fairbairn, é indissociado do ego e recebe as exigências defensivas: chupar o dedo ou masturbar-se são saídas infantis para a não satisfação da necessidade de amor. O corpo é uma área autônoma e sem conflitos que passa a ser “habitado” pelos objetos devido à frustração. Fairbairn sustenta que “o fato real do adulto é que a atitude libidinal não é essencialmente genital, mas sim a atitude genital é essencialmente libidinoso. As zonas erógenas são simplesmente canais onde flui a libido, e uma zona só se torna erógena quando a libido flui por ela.” (Fairbairn, 1980, p. 108) A libido apenas sofre uma “fixação” no corpo, caso partes do ego se identifiquem defensivamente com aquela parte corporal. A fixação é fruto da frustração e não ocorre devido à natureza da libido.

A maneira de compreender as defesas em relação ao ambiente satisfatório, para Fairbairn, faz com que se identifique a mesma tendência defensiva na maioria dos casos psicopatológicos, incluindo os graus considerados “normais”. No entanto, nos diz Figueiredo que, na medida em que essas “intrusões” de objetos frustrantes no ego acontecem de forma muito intensa, podemos considerar estar diante de um conjunto traumático de experiências insatisfatórias e aniquiladoras:

Todos os humanos vivem este destino e toda a vida psíquica tem esta origem na decepção, na dor e nas tentativas de restabelecer contato com o objeto pela via da sua internalização. Quando, porém, os traumatismos decorrentes de relações objetais muito mal-sucedidas se aprofundam e acumulam, o processo de internalização de maus objetos (porque são sempre as experiências más que se internalizam em primeiro lugar, segundo Fairbairn) faz com que o mundo interno ganhe uma densidade, uma força e uma dinâmica peculiares. (Figueiredo, 1999)

De acordo com Pontalis (1967), o interesse de Fairbairn está no processo de constituição mais fundamental para o psiquismo. As cisões, internalizações, tudo isso faria parte da construção do aparelho psíquico. Porém, o fenômeno esquizoide presente nos chamados “casos difíceis” parece colocar em jogo uma dimensão

traumática além da capacidade humana mínima de viver satisfatoriamente suas relações.

Diante de fracassos ambientais sucessivos, os sujeitos passam a ser comandados por funcionamentos defensivos que impedem a troca gratificante com os objetos reais. Invadidos por objetos internos, tentam salvar algo de si mesmos, mas apenas perpetuam suas dificuldades.

Acredito agora que a vítima de um ataque sexual resiste a reviver a lembrança traumática porque isto constitui um **testemunho** de uma relação com um objeto mau. É difícil conceber que a experiência de ser violado proporcione alguma gratificação. (...) É interessante assinalar que a criança vive a relação com um objeto mau não apenas como algo intolerável, mas também como algo vergonhoso... O fato de que uma relação com o objeto mau seja vergonhosa só pode ser explicado satisfatoriamente resumindo-se que na infância precoce todas as relações de objeto estejam baseadas na identificação. (Fairbairn, 1980, p. 50, grifo meu)

Nas situações extremas, o indivíduo vê-se perante um impasse ético que coloca em jogo sua própria sobrevivência: desejando esquecer o objeto mau, frustrante, para obter paz e, ao mesmo tempo, incapaz de trazer à tona e comunicar essa relação negativa sob pena de legitimar o evento traumático.

Nesse sentido, o sujeito permanece nesta balança, pendendo para um lado, ou para outro, na fronteira do colapso, revivendo-o eternamente dentro de si para não legitimar sua realidade e contaminar todas as suas relações.

O conjunto traumático de experiências, entretanto, possui sua face trágica em todos os graus. Talvez por isso Fairbairn seja reconhecido como “pessimista”, em muitas análises de seus escritos (Figueiredo, 1999). No entanto, o modo como Fairbairn responsabiliza o ambiente e o contexto relacional permite-nos desnaturalizar a constituição subjetiva, considerando-a em sua característica radicalmente contingente. Segundo Figueiredo (2003):

As perspectivas terapêuticas de Fairbairn, bem como suas interpretações socioculturais de certos e predominantes quadros psicopatológicos, podem ser bastante profícuas para a reflexão da clínica psicanalítica, na contemporaneidade. Ele sugere avaliações importantes para o psicoterapeuta dos casos borderline, difíceis, e psicóticos. (Figueiredo, 2003)

Pensar a defesa como estrutura parece ser, muitas vezes, o ponto de partida de certas interpretações e práticas psicanalíticas, que ignoraram os aspectos relacionais

apontados desde os primeiros escritos em Psicanálise. Fairbairn, desse modo, dá lugar a um modo de pensar a clínica que considera as consequências clínicas das falhas ambientais na constituição do psiquismo, de consequências dolorosas e dramáticas, presentes nos modos de relação primitivos em nossa cultura.

A partir de uma perspectiva crítica, as análises e construções do psicanalista escocês sobre a esquizoideia e a depressão parecem extremamente atuais e pertinentes. Torna-se possível pensar, assim, como a experiência traumática confunde-se com a experiência subjetiva, passando a defini-la, quando pareceria constituir uma exceção a ela.

Ao considerar o drama edípico, por exemplo, Fairbairn o desconstrói quando pensa o contexto da relação de objeto e da imaturidade do ego infantil. No dizer de Fairbairn: “Desde o ponto de vista sociológico, seria difícil exagerar a importância do Édipo, mas desde o ponto de vista psicológico é um fenômeno superficial” (1980, p. 150). Para o clínico, o Édipo é uma situação vivida no nível bipessoal, e as relações com o pai e com a mãe são vivenciadas pela criança de forma independente. Logo, apenas pela divisão dos objetos frustrantes, insatisfatórios ou invasivos haveria possibilidade para uma estruturação “edípica”.

Essa valiosa percepção de Fairbairn aponta para a importância da cultura, para as consequências subjetivas dos modos de relação. Longe de uma compreensão pessimista, a leitura de Fairbairn pode indicar saídas e exigir importantes modificações culturais e sociais, a fim de estabelecer novas modalidades de relação.

Do mesmo modo, a Psicanálise está incluída no processo de reformulação cultural e social, com um dever ético de, como campo do traumático, oferecer a figura do analista como testemunha — uma vez que os pacientes “entregam” suas questões mais íntimas ao “poder” do analista, e a análise coloca em jogo dinâmicas capazes de lidar com modos de viver e sentir. A partir das análises fairbairnianas, torna-se possível pensar o analista como capaz de testemunhar a existência de um externo traumático, livrando o analisando da confusão e da loucura e devolvendo a ele a capacidade humana de perceber e agir na realidade.

Em um artigo de 1951, Fairbairn acrescenta considerações sobre a posição do analista a partir da necessidade do paciente de obter uma relação satisfatória a fim de modificar seus padrões aniquiladores. Essa relação, objetual e, portanto, real, deve

conferir ao analista a qualidade de um objeto “bom”, capaz de atender às necessidades do analisando, suas dificuldades, para, então, ultrapassá-las.

Capaz de transmitir segurança ao ego do paciente, o analista deve obter uma influência tal que consiga modificar e interferir na dinâmica esquizoide do ego. Trata-se da necessidade de conhecimento das relações objetais e da abertura à história de cada paciente, de como cada aparelho psíquico foi constituído.

O corpo do analista é, para Fairbairn, um campo “ausente de conflitos” e permite pensar que, uma vez trabalhadas as questões defensivas que impedem a relação com os objetos, o sujeito possa ser capaz de experimentar uma verdadeira experiência, compartilhada, a partir da presença atenta e disponível de seu analista.

## 4.6

### **Guntrip e os limites da análise**

Guntrip (1975) foi paciente de Winnicott e Fairbairn e é a partir do seu texto “Minha experiência de análise com Fairbairn e Winnicott: quão completo é o resultado atingido por uma terapia psicanalítica?” que abordaremos algumas de suas muitas contribuições à Psicanálise dos “casos difíceis”.

Ao relatar que a busca de suas análises teria como objetivo recuperar a lembrança da morte de seu irmão bebê e um conseqüente colapso, quando tinha três anos, Guntrip revela que nem Fairbairn nem Winnicott conseguiu o intento. Entretanto, Guntrip fala sobre suas descobertas teóricas a partir de sua própria análise com ambos os analistas, e como as posições que ocupavam frente ao paciente modificaram para sempre seu modo de ser e relacionar-se com os outros.

Esse texto apresenta a interpretação própria de Guntrip do contato com ambos e não apresenta de modo definitivo nenhum dos dois analistas. Guntrip, ele mesmo, faz questão de deixar em aberto o modo de compreensão e o uso que cada um deve fazer daquilo que lê. Toda a teoria psicanalítica apenas faz sentido a partir da prática, como diz Guntrip:

Deveríamos sempre ir esclarecendo a teoria e procurar modos de melhorá-la à luz da prática clínica terapêutica. A prática terapêutica é o cerne da questão. Afinal, os bons terapeutas vêm ao mundo sem formação, e eles fazem dela o melhor uso possível. (Guntrip, 2006, p.333)

Guntrip enfatiza a importância do desenvolvimento pós-analítico, o que vai ao encontro da maneira como via o processo analítico: como um instrumento para sentir-se vivo e para amar de forma inteira e gratificante.

Relatando uma fala de Fairbairn, Guntrip escreve: “Fairbairn disse-me um dia: Eu não posso imaginar o que levaria um só de nós a tornar-se psicoterapeuta se não tivéssemos tido nossos próprios problemas”. Logo em seguida, Guntrip acrescenta: “É a relação pessoal que é terapêutica”.

Quando em análise com Fairbairn, Guntrip descreveu-o como um tanto pessimista (diz Fairbairn: “A ninguém se pode dar uma nova história”) (idem, p.334), e um tanto intelectual demais em suas muitas e brilhantes interpretações. Ao mesmo tempo, contou que, nos términos das sessões, soltava-se, e Guntrip podia entrever entre os gestos do analista “o bom pai humano” que o ajudava a lidar com a lembrança de uma mãe distante, deprimida e agressiva.

Fairbairn, a despeito da distância que aparentava “nas sessões” (que Guntrip interpretava como equivalente à de sua mãe agressiva), foi responsável por iniciar um caminho proveitoso na análise de Guntrip. Apesar de suas interpretações “brilhantes” não terem feito “todo o trabalho” na análise do seu paciente, Fairbairn sustentava “que a interpretação psicanalítica não era terapêutica nela mesma, mas apenas na medida em que exprimia uma relação pessoal de genuína compreensão”.

Sobre a diferença teórica entre Fairbairn e Winnicott, Guntrip relata que:

Ambos tinham raízes profundas na teoria e na terapia freudianas clássicas, e ambos a ultrapassaram, cada qual à sua maneira. No plano intelectual, Fairbairn via isso mais claramente do que Winnicott; no entanto, na década de 1950, era ele que se mostrava, na prática clínica, o mais ortodoxo dos dois. Tive mais de mil sessões com Fairbairn na década de 1950 e um pouco mais de 150, com Winnicott, na década de 1960. (Guntrip, 2006, p.333)

De fato, Fairbairn compreendeu muitos momentos analíticos importantes de Guntrip. As figuras parentais internalizadas, seu pai protetor e sua mãe agressiva, foram esclarecidas com precisão e percebidas por Guntrip como muito importantes. Winnicott, por sua vez, foi procurado depois, e a lembrança afetiva e a importância de sua espontaneidade e extrema sensibilidade são mais vivas e coloridas na descrição, embora as de Fairbairn também sejam cheias de reconhecimento.

Ao tomar notas detalhadas das análises com os dois analistas, e lê-las mais tarde, depois do falecimento de ambos, Guntrip vê lançada uma luz sobre “as razões

pelas quais meus dois analistas haviam falhado em abolir minha amnésia relativa ao trauma dos três anos e meio”. Segundo Guntrip, cada um à sua maneira “havia preparado o caminho que conduziria à resolução pós-psicanalítica desse problema.” Guntrip, a partir dessa perspectiva, reapresenta a questão: “O que é o processo psicanalítico?”.

Guntrip revela a qualidade da relação e a disponibilidade afetiva do analista como única maneira que o paciente tem de recuperar a crença profunda, através da vivência própria, em uma “relação humana confiável e compreensiva”:

Devo acrescentar que, sem a compreensão e o apoio da minha esposa, eu não poderia ter tido estas análises nem alcançado tais resultados. O que é a psicoterapia psicanalítica? A meu ver, é a provisão de uma relação humana confiável e compreensiva de um tipo que estabelece contato com a criança traumatizada e profundamente reprimida, de um modo que a torna progressivamente mais capaz de viver, na segurança de um relacionamento real, com a herança traumática dos mais precoces anos de formação, à medida que esta se infiltra ou irrompe na consciência. (Guntrip, 2006, p.336)

O trauma, a partir da experiência de Guntrip com ambos os analistas, é uma experiência “infantil”, ou seja, é uma ruptura da possibilidade da constituição subjetiva enquanto autêntica, criativa e real. A recuperação deste “infantil” é, na experiência de Guntrip, uma questão de sobrevivência.

Fairbairn não conseguia, pelo seu jeito mais intelectualizado e pelo que provocava em Guntrip, alcançar o “infantil” de que sentia que necessitava: “Essa transferência negativa durante as sessões (com Fairbairn) era, eu sentia, caucionada por suas interpretações intelectualmente precisas.” Algumas discordâncias entre a relação teoria e prática também vieram à tona durante a análise. Ao falar de regressão, Guntrip recebe de Fairbairn o seguinte retorno:

Fairbairn escreveu-me para dizer: Esta ideia é sua e não minha; é original e explica o que eu jamais fui capaz de levar em conta em minha teoria: a regressão. A importância que você atribuiu à fraqueza do ego dá melhores resultados terapêuticos do que a interpretação em termos de tensões libidinais e antilibidinais. (GUNTROP, 2006, p.334)

Por ser analista e por sentir a necessidade de desvelar um drama que não o abandonava desde o falecimento de seu irmão, Guntrip termina sua análise com Fairbairn e procura em Winnicott um facilitador para o acesso a uma experiência

primitiva. Diante de sua posição de analista, Guntrip sentia-se obrigado a se livrar da esquizoidia que não conseguia ultrapassar. “*Não há lugar para isso numa psicoterapia, qualquer que ela seja*”, diz Guntrip, a respeito do comportamento esquizóide.

Nas palavras de Guntrip: “Fairbairn não tinha a mesma capacidade para o “relacionamento pessoal” natural e espontâneo que Winnicott”. O ambiente e a figura do analista proporcionados por Winnicott era de quem estava à vontade, e ele fazia sempre um gesto significativo ao final de cada sessão:

No final, quando eu saía, ele sempre me estendia a mão, amigavelmente. Foi somente quando estava deixando Fairbairn, na derradeira sessão, que me dei conta repentinamente de que, nenhuma vez, durante todo o longo período de análise, havíamos trocado um aperto de mãos e que ele iria me deixar partir sem fazer esse gesto amigável. Eu lhe estendi a mão, que ele imediatamente tomou, e eu vi lágrimas descerem pelo seu rosto. Vi, então, o coração caloroso desse homem de mente refinada e natureza tímida. (GUNTRIP, 2006, p.334)

A análise com Winnicott proporcionou grande compreensão interna logo no início, mas isso apenas foi possível pelo contato anterior de Guntrip com Fairbairn. A análise com Winnicott, então, começou a tornar significativa a primeira relação analítica, para enfim tornar significativa toda a vida de Guntrip. De acordo com o analisando, Winnicott alterou completamente a natureza do problema traumático, capacitando Guntrip a alcançar, “retroativamente, uma mãe boa, e de encontrá-la, recriada nele, na transferência.” O que Guntrip descobre, posteriormente, é que Winnicott, (nas palavras de Guntrip) “**havia se posto na posição** de enfrentar o duplo trauma da morte de Percy e da falha de minha mãe.”

A sensibilidade clínica de Winnicott, sua maneira de “não interpretar”, mas ao mesmo tempo validar a transmissibilidade da relação, torna possível a criação de uma “terceira área” da experiência, em que o infantil é possível de ser vivido como um “novo começo” (Balint, 1993). Sobre o contexto traumático do irmão de Guntrip, Percy, em uma sessão, verbaliza Winnicott: “Não tenho nada de especial para dizer ainda, mas, se não digo nada, você pode começar a sentir que eu não estou aqui”.

Winnicott se faz presente, mas não como uma pessoa. No contexto regressivo da experiência “infantil”, legitima a dor do outro como “real” e insere-se como um ambiente capaz de atender às necessidades do paciente. Em uma sessão, relata

Guntrip que as verbalizações de Winnicott seguiram o tema a partir de sua relação com o analista:

Você sabe sobre mim, mas eu ainda não sou uma pessoa para você. Você pode ir embora com o sentimento de estar só e de que eu não sou real. Você deve ter tido uma doença antes do nascimento de Percy, e sentido que sua mãe o deixou a cargo de si mesmo. Você recebeu Percy como seu si-mesmo-bebê, que necessitava ser cuidado. Quando ele morreu, você ficou sem nada e entrou em colapso. (idem)

Trata-se, para Winnicott, de atingir a parte de Guntrip que não é capaz de estar viva, de criar a possibilidade de uma verdadeira “experiência”. Winnicott diz a ele na mesma sessão: “Você sabe o que é “ser ativo”, mas ignora o que é “apenas crescer”, “apenas respirar” enquanto dorme, sem ter que fazer nada em relação a isso.” A partir da percepção de como utilizava a atividade para “manter-se ativo” para não “ficar sozinho com sua mãe distante, depressiva e agressiva”, Guntrip passa a experimentar mais momentos de silêncio, até que uma comunicação genuína passa a se dar entre ele e seu “si-mesmo” criativo. Winnicott, em sua função de analista, sabe, pacientemente, esperar. Mais do que isso, ele deixa-se acompanhar, ao mesmo tempo em que consegue permitir que o paciente fique “só” em sua presença. Nas palavras de Guntrip: “Mal consigo transmitir a impressão poderosa que causou em mim perceber Winnicott indo direto ao vazio de minha “situação de relação objetal” na infância, com uma mãe que não se relacionava”.

Winnicott transforma o incomunicável em uma espécie primeira, fundamental, de comunicação. Toda a verbalização feita por Winnicott é uma comunicação a partir da relação que o paciente estabelece com ele. Na passagem que Winnicott se dirige a Guntrip, percebemos o impacto emocional e sincero do manejo clínico:

O seu problema é que a doença relativa ao colapso nunca foi resolvida. Você teve que se manter vivo a despeito disso. Não pôde tomar, como garantida, a sua continuidade de ser. Teve que trabalhar duramente para manter-se existindo. Você teme parar de agir, de falar, de manter-se acordado. Sente que talvez possa morrer num lapso, como Percy, porque, se cessar de agir, sua mãe não pode fazer nada. Ela não saberia salvar nem Percy nem você. Você está amarrado ao medo de que eu não possa mantê-lo vivo, de modo que você liga as sessões mensais, para mim, com suas anotações. Nada de lapsos. Você não pode sentir que é uma preocupação constante para mim, porque sua mãe não podia salvá-lo. . (Idem)

Winnicott mantém a vida na relação e esta é sua posição como analista: advogar a favor da vida, testemunhá-la, atestá-la, apostar nela até que se apresente.

Winnicott ensina como confiar, quando possui a total certeza de que pode estar errado quando interpreta, mas não pode falhar em estar ali. Após um período de análise, Guntrip afirma: “eu agora não mais estava sozinho com a mãe que não se relacionava”. Tinha encontrado a ligação com sua história e agora era possível esquecê-la.

Apesar de não ter conseguido se lembrar de como se deu exatamente a morte do irmão, algum tempo depois, eis que um sonho traz a lembrança em todos os detalhes. A pergunta sobre se a lembrança é “real ou não” jamais seria feita por Winnicott. O fundamental é que era sentida e vivida como “real”, sob a indefinição característica da mistura nebulosa, paradoxalmente objetiva e ao mesmo tempo subjetiva, da experiência. Segundo Guntrip, nada comprova mais a evidência expressa por Fairbairn de que “a base da realidade psíquica fundamental é a ‘relação objetal’”.

A recuperação do infantil, no relato de Guntrip, não se refere à recuperação de uma “criança abandonada”, pois, na área da experiência, “não existe tal coisa chamada bebê” (Winnicott, 1975). O “infantil”, sob o contexto regressivo, diz respeito à transmissibilidade da experiência primeira inerente à relação dos seres humanos com a vida que os habita e envolve. O “infantil” rompe com a linguagem a fim de abrir apelo ao traumático, àquilo que “fala por si”, legitimando a dor ao mesmo tempo em que permite sua passagem, seu esquecimento.

Guntrip pergunta-se: “O que me deu força no inconsciente profundo para encarar novamente aquele trauma básico?”. Certamente o acesso foi possibilitado graças à disponibilidade do analista, sua capacidade de estar vivo, de cometer erros, mas principalmente pela sua capacidade de “estar com” (Ferenczi, 1990).

De acordo com Guntrip, a terapia psicanalítica não é como uma “técnica”, no sentido das ciências experimentais, uma “coisa em si”, objetiva. Em vez disso, no dizer de Guntrip:

É um processo de interação, uma função de duas variáveis, as personalidades de duas pessoas trabalhando juntas em direção ao crescimento livre e espontâneo. O analista cresce assim como o analisando. Deve haver alguma coisa errada se um analista fica estático enquanto lida com tais experiências dinâmicas pessoais. Para mim, Fairbairn constituiu, como pessoa, o que meu pai fez por mim, e como analista, capacitou-me a descobrir, detalhadamente, como minhas batalhas para tornar-me independente de minha mãe, dos três anos e meio aos sete anos, haviam contribuído para a formação de minha personalidade. Sem isso, eu poderia, na idade avançada, ter-me deteriorado, tornando-me uma pessoa tão esquisita quanto a minha mãe. Winnicott, um tipo completamente diferente de personalidade, compreendeu e

preencheu o vazio deixado pela minha mãe desde o início da minha vida até os meus três anos e meio. Eu precisava de ambos e tive muita sorte de encontrá-los. Justamente suas diferenças tornaram-se estímulo para os diferentes aspectos de minha personalidade. As ideias de Fairbairn eram “conceitos lógicos precisos”, os quais esclareciam questões. As ideias de Winnicott eram “hipóteses imaginativas” que desafiavam o indivíduo a explorar além. (Guntrip, 2006, p.334)

Para Guntrip, a escolha epistemológica da Psicanálise não é um problema científico, mas um problema essencialmente humano, que pode atender ou não às necessidades do homem, causando adoecimento. A análise deve adaptar-se àquele que dela necessita, ou modificar-se quando isso não é possível. Ela, a análise, também deve se adaptar ao tempo do traumático, o tempo do amadurecimento daquele que o abriga, que precisa de uma testemunha para que a existência da realidade e seus efeitos possam ser julgados. O analisando reclama o direito a esse testemunho, sem o qual a vida, que apenas faz sentido em relação aos outros, perde o sentido.

Diante da medida oferecida por uma relação a partir da “experiência”, os problemas podem vir à tona, pois encontram sua condição para “aparecer”, ou seja, quando existe um “meio” favorável à sua apresentação. Nesse ponto, as comunicações verbais tornam-se passíveis de operar profundas intervenções, mas apenas do ponto em que são narradas “a partir da experiência”.

O analista, conforme percebe Guntrip, apenas percorre o caminho teórico seguindo aquele já traçado por sua própria patologia. É justamente na medida em que reconhece o traumático (não em relação ao conteúdo, mas a suas condições), que é capaz de legitimar seu “conhecimento”. A rigidez teórica possui prováveis características defensivas e a flexibilidade progressiva é capaz de “conceituar nosso contínuo processo de crescimento, iluminar os problemas e as possibilidades terapêuticas de outros.”

O “comum” da experiência, a universalização possível, é percebida por uma espécie de “intuição” relacionada ao apelo ao traumático, à crise, à mudança. Como diz Guntrip:

Uma vez que a “falha básica” de Balint e o “núcleo incomunicável” de Winnicott são considerados fenômenos universais, certamente devem constituir a forma deles de “intuitivamente sentir” sua própria realidade básica e, portanto, a de outros.

A relação com a posição analítica capaz de “sustentar”, “amparar” e “permitir o viver criativo” é a alternativa para a fabricação e a invenção de relações satisfatórias, sentidas como “boas”.

A posição do analista como testemunha pode ser pensada, assim, como uma possibilidade de reconstrução do contexto da constituição subjetiva, oferecendo novos meios para repensarmos o essencial de nossas relações, o modo como as estabelecemos e procuramos mantê-las, quando o contexto de nosso nascimento, ou mesmo nossas condições de existência e sensibilidade atuais, estão sob o apelo emergente do traumático.

#### 4.7

### O Corpo do analista como testemunha

A questão colocada por Jean-François Chiantaretto, no livro *Temoignage et Trauma, implications psychanalytiques* parece-nos de muita relevância para os temas apresentados neste capítulo:

Quais são os efeitos, no plano da realidade psíquica individual, da violência que se desenvolveu ao longo de todo o século passado sobre a cena coletiva da história? Em que os traumas assim gerados se aproximam e se diferenciam dos traumas com os quais os psicanalistas são confrontados na prática ordinária e que lhes provocam o pensar? (Chiantaretto, 2004, p. 10)

A tese apresentada por Chiantaretto resume o cerne da questão contemporânea da crise representacional e insere a Psicanálise, principalmente a partir de Ferenczi, em uma abordagem um tanto diferente, a partir da aparição de uma ideia de “escoramento (*étayage*) testemunhal” sobre a psiqué de um outro. A questão do trauma, assim, une a história coletiva à individual na busca para a abertura de novos modos de pensar a constituição cultural e relacional, as consequências dos acontecimentos e seus impactos em uma e outra esfera.

Nesse contexto, a figura do analista confunde-se com a do historiador, mas não a partir do recolhimento de fatos, pois a comunicação representacional revela o absurdo característico incutido em “dizer o indizível”. A posição do analista recolhe os “fragmentos” da história que é, simultaneamente, única e de todos nós.

Fragmentos da experiência “perdida”, impedida, traumática, que contêm em si o acesso à renovação e à invenção de um outro contexto, são a matéria que envolve o corpo do analista, quando sua sensibilidade técnica converte sua clínica em testemunho. Lidar com a violência extrema, a desconsideração política da existência humana, ou o que restou dela, faz da posição do analista um “lugar sem lugar”, pura capacidade criativa que se inscreve na corporeidade da experiência possível entre analista e analisando.

As consequências clínicas atingem o plano não mais profundo que a pele, invólucro entre eu-outro: dentre elas, o aumento de psicopatologias equivalentes aos casos-“limites” (Figueiredo, 1999) ou psicopatologias que atingem o corpo, dores psíquicas corporificadas, sem simbologia ou referência a não ser o próprio “envelope” corporal. O corpo que adoce na contemporaneidade não é o corpo da biologia, da medicina: é o corpo-experiência, que carece de um “entorno” que lhe permita constituir meios de existência criativa.

Ao pensar a Psicanálise como campo privilegiado de encontro com novas possibilidades diante do traumático, voltamo-nos para a posição ocupada pelo analista, que sofre novas exigências técnicas e éticas perante a nova roupagem psicopatológica.

A noção de “corpo do analista”, portanto, não se refere ao corpo próprio, físico, do analista, mas a corporeidade que o dispositivo confere à própria experiência, que torna possível, por exemplo, um conceito teórico como o “eu pele” de Anzieu:

Posso agora precisar minha concepção do Eu-Pele. O círculo materno é assim chamado porque ele “circunda” o bebê como um envelope externo feito de mensagens e que se ajusta com uma certa flexibilidade deixando um espaço disponível ao envelope interno, à superfície do corpo do bebê, lugar e instrumento de emissão de mensagens: ser um Eu é sentir a capacidade de emitir sinais ouvidos pelos outros (Anzieu, 1988, p. 71).

Assim como a mãe circunda o bebê, no princípio da construção da relação primitiva, primeira, o analista se vê diante do paciente, descarnado, frágil, exposto em sua configuração mais desprotegida, no auge do sofrimento psíquico, moral, em dilemas éticos que passam a ser direcionados ao analista. A disponibilidade sensível do analista possibilita a transformação da experiência relacional em uma espécie de contato que envolve, de forma permeável, e responde aos sinais da existência do paciente.

O conceito de “Eu-Pele” parece útil no contexto traumático porque inscreve o sujeito e o analista em uma dupla sustentação: uma sobre o corpo biológico, com suas experiências e seu psiquismo, e a outra sobre corpo social, ou a relação com o ambiente. O “Eu-Pele” é uma linha delimitadora do eu capaz de criar uma espécie de “não comunicação” transmissível. Anzieu constrói o conceito como uma metáfora em que cabem todas as questões da constituição subjetiva como uma estrutura intermediária: entre mãe e bebê, entre analista e paciente, entre inclusão mútua dos psiquismos na organização fusional primitiva e diferenciação das instâncias psíquicas.

Para Anzieu, o envelope psíquico se originaria apoiado no envelope corporal. O Eu-Pele teria três funções básicas: ser o continente que retém as boas experiências; ser a interface que delimita o dentro e o separa do fora, formando uma barreira de proteção contra as agressões exteriores; e, por último, ser um lugar de comunicação com os outros, ao mesmo tempo em que seria lugar de inscrição de traços deixados pelas relações significativas estabelecidas. Esse Eu-Pele teria, assim, a possibilidade de estabelecer barreiras e, ao mesmo tempo, efetuar trocas.

Segundo Anzieu, o “*holding*” (Winnicott, 1990), função de sustentação da vida de um ser humano por outro, acontece através do “Eu-Pele” e é uma das possíveis maneiras de pensar a corporeidade da experiência gerando diferenciação, da mesma forma em que possibilita a transmissibilidade.

A pele é uma questão fundamental na vivência da dor dos pacientes e pensar o conceito permite abandonar a questão do toque nos pacientes. A função de “tocar” adquire uma outra dimensão, não libidinal, mas, sim, objetal, e envolve o modo de atuação do analista, que deve ser vivo, essencialmente transmissível em sua forma paradoxal de “não comunicação”.

O Eu-Pele nos aproxima da noção de corporeidade que pretendemos definir aqui. É na “pele”, função relacional de invólucro, que o testemunho se inscreve, não como código, mas como ligação (viva) com o entorno, através de trocas afetivas, biológicas, mas também culturais e políticas. Embora Anzieu não proponha uma teoria de relações objetais, como Fairbairn e Winnicott, ao colocar a importância do desenvolvimento psíquico no *holding* materno, pressupõe a existência de tais relações ao focar a pele como meio de relação. O conceito é interessante na medida em que insere, no corpo, a função de mediação e diferenciação/indiferenciação paradoxal da experiência. A noção surge da necessidade de refletir sobre o modo como se formam

os envelopes psíquicos, seus encaixes e sobreposições, engendramentos patológicos em variados graus de sensibilidade e insensibilidade, e permite pensar como, através do encontro analítico, as fronteiras do sujeito podem ser.

É no invólucro do analista, no seu corpo cansado, dissociado, insensível, rígido ou sexualizado, que a experiência analítica pode encontrar impossibilidade de realização de qualquer trabalho. Do mesmo modo, é no mesmo corpo flexível, permeável e espontâneo, que é possível a função de escoramento e de contenção, capaz de inserir a dimensão de alteridade na experiência entre paciente e analista.

Anzieu permite pensar a externalidade do analista, sua realidade, tão fundamental como o instrumento de comunicação confiável com o paciente. Uma vez que o traumático implica a questão da ausência ou desestrutura dos limites, o Eu-Pele permite abordar o adoecimento psíquico e físico em jogo em pacientes e situações fronteiriças, em que a função de delimitação ou contenção é exercida na dimensão de sobrevivência do paciente.

O conceito de “Eu-Pele” permite ampliar, por um lado, as noções de fronteira e de limites e, por outro, apreender melhor uma realidade clínica complexa que ultrapassa as relações triviais entre as afecções corporais e as perturbações psíquicas. Ele permite pensar o modo de inscrição traumático como essencialmente corporal.

Diante do contexto traumático, o corpo do analista será requisitado. A noção de “Eu-Pele” de Anzieu, no entanto, remete à necessidade da modificação do estatuto da noção de experiência na análise. A questão do corpo do analista ultrapassa sua função de entorno ou, melhor dizendo, põe em jogo toda a modulação do comportamento, do pensamento do analista de forma “viva”, “desperta” (Winnicott, 2000).

A fim de atingir o nível de acesso à experiência exigido pelo paciente no contexto traumático, o analista deve ser mais que disponível afetivamente, ele deve ter buscado o acesso à experiência em relação a si mesmo.

A exigência ligada à urgência de se pensar a posição do analista remete ao retorno ao caso clínico. Por expor o trabalho do analista, sua visão teórica, seu manejo e condução do encontro analítico, o caso clínico permite colocar em questão “modos de sensibilidade” que mais ou menos se adequam à necessidade do paciente. O caso clínico coloca em questão, também, a formação do analista, a relação de sua história com a percepção da teoria.

Ao partir do campo que estuda clinicamente bebês, Stern traz a discussão sobre os campos “clínico” e “experimental”; o modo como a Psicanálise e a psicologia experimental, em vez de utilizarem as divergências de forma profícua, se afastam e impedem o diálogo que deve caracterizar um campo de saber.

Definindo “Zeitgeist” como “espírito dos tempos: o espírito geral de um período histórico, revelado nas ideias e nas crenças das pessoas”, Stern coloca em questão o momento histórico favorável à renovação, à observação, à recriação de antigos paradigmas. Sobre a questão da constituição subjetiva, em relação ao estudo dos bebês mas não só nessa área, afirma Stern (1992):

O atual *Zeitgeist* científico possui uma certa força persuasiva e legitimadora para determinar o que seria uma visão razoável das coisas. E neste momento o *Zeitgeist* favorece os métodos observacionais. A visão prevalente do bebê mudou dramaticamente nos últimos anos e continuará a mudar. Fundamentalmente, será motivo de inquietude se a visão psicanalítica da fase de bebê se tornar muito divergente e contraditória em relação à abordagem experimental. Como campos relacionados, presumivelmente a respeito do mesmo sujeito em questão, ainda que de perspectivas diferentes, eles não irão tolerar uma dissociação excessiva, e atualmente parece que é a Psicanálise que terá que ceder. (Essa posição pode parecer supremamente relativista, mas a ciência avança ao mudar paradigmas de como as coisas devem ser vistas). Estes paradigmas são basicamente sistemas de crenças. (Stern, 1992, p.13).

Independentemente da visão científica, o “Zeitgeist” atual atinge todas as áreas do saber, não pelo avanço da ciência apenas, como diz Stern, mas pelos novos dilemas éticos que aparecem sob novas formas de sofrimento.

Do ponto de vista da Psicanálise, a questão clínica da prática cotidiana encontra, sob o viés do traumático, um apelo ao corpo e à sensibilidade que fazem emergir a mesma questão sobre o viés eminentemente ético.

As resistências às mudanças exigidas pelas necessidades clínicas não vão apenas contra o propósito básico da Psicanálise desde os seus primórdios, mas esbarram em questões éticas sobre a posição do analista, seus limites e seu narcisismo.

Sobre a questão da posição do analista, Fédida (1978) observa que, a fim de evitar a cristalização dos conceitos, o esforço teórico deve se abrir aos fundamentos da experiência. Fédida escreve sobre a realização um “trabalho metapsicológico”, em que os elementos teóricos estariam à disposição do movimento associativo do analista a partir das experiências vividas na clínica. Diante das considerações clínicas de

Winnicott sobre o brincar, Fédida reflete sobre a dificuldade de capturar o momento ativo da transformação do sentido na escrita psicanalítica e sugere que a escrita amplia o que ela procura registrar, transportando o espanto e a surpresa do jogo entre a presença e a ausência. A escrita analítica deve emanar “de uma capacidade de construção inerente à atividade do analista” (Fédida, 1992).

No texto “A angústia na contratransferência ou o sinistro (a inquietante estranheza) da transferência”, (1988, p. 71), Fédida pensa a “contratransferência” abrindo uma reflexão sobre o lugar do analista. Para ele, ser analista é estar numa “condição de disjunção” na qual é possível apreciar o funcionamento intertransferencial, ou seja, tanto a transferência do paciente sobre o analista quanto deste sobre o paciente. A “contratransferência” é exatamente essa possibilidade disjuntiva, e não apenas a “resposta emocional do analista ao paciente”: é “um dispositivo inerente à situação analítica e adequado ao enquadre do tratamento”, evitando que “o analista se encontre diretamente confrontado com a irrupção violenta dos afetos do paciente e dos seus próprios, permitindo-lhe reinstaurar a situação analítica, caso esta seja perturbada ou momentaneamente destruída” (idem). A contratransferência pode ser entendida, assim, como uma “experiência” disjuntiva, e o lugar do analista “o lugar de ressonância e de tradução em palavras de tudo o que pode ser experimentado no tratamento”. (idem)

A angústia do analista, para Fédida (1988), é “um momento crítico da atenção”, de desequilíbrio em que a situação analítica vacila, exigindo do analista a reconstrução do sítio de sua escuta. Fédida lembra a importância de seguir o inconsciente, a partir do que se passa na relação e da regra fundamental da Psicanálise (associação livre): “o que nos faz terapeutas é a existência da regra fundamental em nosso pensamento, assim como de tudo o que se passa entre nós e o paciente como desvios em relação a esta regra ideal” (Fédida, 1988, p.31) A angústia do analista não se confunde com o dispositivo contratransferencial; indício e exigência para que o analista se recoloca na relação, Fédida afirma que o analista “escuta com a angústia”. A contratransferência “permite ao analista poupar-se de experiências que não deve viver no lugar do seu paciente e muito menos por ele”. (idem)

Nas situações em que se vê impossibilitado de “não responder”, o analista corre o risco de fazer uso da comunicação ordinária e “de permanecer por muito tempo como o *parceiro imaginário* encravado do paciente” (Fédida, 1988, p.78). O

aumento da angústia, assim, é um momento crucial de modulação sensível e é o momento do testemunho por excelência. Testemunho, no dizer de Fédida, da “capacidade analítica da contratransferência”, ou seja, da força da alteridade que é construída na sobreposição “disjuntiva”, característica do lugar de ressonância da experiência analítica.

O pensamento de Fédida propõe, acima de tudo, a investigação dos processos psíquicos do analista, seus sentimentos e afecções na clínica. A contratransferência, assim, deve ser o rumo dessas investigações metapsicológicas limitadas pela insuficiência teórica. O jogo metafórico de transformação e des-significação deve ocorrer, portanto, não apenas na escuta do analista ao acolher a fala do paciente, mas também em relação aos conceitos. Os conceitos devem ser, a partir daí, revitalizados, e a linguagem, reengendrada a partir da experiência clínica.

Não se trata, para Fédida (1988), de descaracterizar a Psicanálise, o que é uma preocupação constante em seus textos. Muito menos trata-se de aproximar a Psicanálise de uma noção de cuidado a ponto de retirar dela sua força e potência de ação.

Quando lembra que Ferenczi foi o primeiro a se engajar no projeto de formular uma teoria psicanalítica da contratransferência, ao “insistir na necessidade de voltar uma atenção clínica e crítica a estes processos” (idem, p. 79), Fédida afirma a importância que devemos dar à dimensão psicopatológica do funcionamento psíquico do analista, na medida em que sua atuação faz parte da técnica e a direciona. A ampliação da capacidade de atuação do analista lhe permite dispor de uma “mobilidade psíquica” que o torna sensível às variações de sua própria atenção.

Diante do traumático, o analista pode responder com uma adesão defensiva a modelos intelectualizados, bloqueando a possibilidade de transformação da teoria conforme a situação. Nessas condições, diz Fédida, o analista se encontra “capturado na massa hipnótica do trauma”, reeditando a resposta parental confusa e algumas vezes perversa característica do “desmentido” (Ferenczi, 1988).

Para Fédida (1988), a ocorrência do traumático na análise deve ser considerada como um “momento crítico”, tanto no sentido da transferência, quanto da constituição metapsicológica em relação à técnica (p. 105). Sobre as considerações técnicas de Ferenczi, “a elasticidade é inerente à definição psicanalítica de técnica” (idem, p. 108). Logo, os momentos críticos de aparecimento do traumático são, ao

mesmo tempo, momentos de coexistência de diferentes modalidades de comunicação e de demandas confusas do paciente, e momentos fecundos de cura do traumático.

O corpo do analista, seu todo relacional, é considerado por Fédida como um “aparelho sensível”, capaz de discriminar suas próprias mudanças de “regime” e, assim, configurar-se como aparelho “auto-informativo das mínimas modificações sobrevindas no funcionamento psíquico do paciente” (idem, p.117). A atenção flutuante é condição de linguagem do **analista**, na medida em que lhe permite estar em contato com sua memória inconsciente e caracteriza o lugar disjuntivo, a dissimetria e a ruptura da comunicação convencional, que ele sustenta na situação psicanalítica. O aparelho sensível permite colocar em jogo a atividade metapsicológica de compreensão da passagem oscilatória de uma modalidade a outra, atividade que consiste em:

(...) conhecer, primeiro, em que momento determinada fala do paciente provocou no analista determinado devaneio ou determinada imaginação, e como esse devaneio ou essa imaginação informa sobre um momento intra-transferencial de comunicação do paciente no tratamento”. (idem)

No cenário dessa reflexão inventiva surge, entre outras, a noção de *ressonância atonal*, propriedade da escuta do analista como uma superfície receptiva, que apreende a “coisidade” sensorial das palavras, seu *querer dizer*, sua tonalidade pática perdida quando a linguagem entra no regime da discursividade. A escuta do analista se mostra ao mesmo tempo receptora e desconstrutora, sensível, por sua natureza atonal, às dissonâncias, à condição antepredicativa das palavras. Desse modo, a contratransferência se transforma em um instrumento regulador:

(...) a contratransferência recebe, então, uma função de regulação harmônica da recepção das dissonâncias e assim da análise dos contrários. A economia que ela efetua obedece ao princípio de deixar as dissonâncias chegarem por si mesmas à sua resolução, em lugar de querer reduzi-las sinteticamente impondo-lhes uma regra de consonância. (Fédida, 1988, p.198)

Nesse sentido, o psicopatológico não analisado, presente no analista, atrapalha ou impede o processo, quando não torna mais graves as condições do analisando, porque, de acordo com Fédida, pode levar à repetição em ação, em vez de servir como condição transformadora:

O psicopatológico é analiticamente, ao mesmo tempo, clínico e crítico, no sentido de que no analista (e também no paciente em certos momentos) desperta o infantil da repetição em ação em tal modalidade de comunicação. (Fédida, 1988, p. 119)

Uma vez que os instantes críticos equivalem ao tempo de “decisão contratransferencial”, o analista deve estar ciente do poder de acesso ao “infantil” que lhe dará o que Fédida chama de “capacidade de nomeação”. A capacidade de nomeação posta em jogo pela posição do analista implica uma condição de não se tomar pelo destinatário, não sustentar a ilusão da presença, o que para Fédida refere-se à sustentação da morte do pai. Sobre o papel do analista, Fédida complementa:

Os verdadeiros psicanalistas terapeutas são aqueles que, trabalhando com sua própria vida psíquica, conhecem o patológico, sabem observá-lo e procurar compreendê-lo, e pela própria experiência que possuem de si mesmos, a análise lhes confia se não os meios de curar, ao menos os meios de cuidar: estes obtêm do psicopatológico esta consciência da distinção entre sua própria vida psíquica e a do *outro*, e a contratransferência se impõe a eles como a medida sempre presente desta consciência. (Fédida, 1988, p. 120)

Ao instaurar uma modalidade de comunicação diferenciada, Fédida mostra o conceito de contratransferência como “sítio do estrangeiro instaurador dessa essencial dissimetria da situação analítica, que se significa da ausência do ausente” (idem). Cabe ao analista sustentar a dissimetria ao mesmo tempo em que permite a transmissibilidade incutida na própria experiência analítica.

Deste modo, mesmo que o projeto ferencziano de uma metapsicologia dos processos psíquicos do analista, relacionado à proposta de modificações técnicas, não seja baseado na questão paterna, a leitura de Fédida indica a possibilidade de utilizar as reflexões de Ferenczi para pensar a questão do “narcisismo do analista”, referindo-as à incerteza de suas identificações e à impossibilidade de inventar lá onde a figura paterna permanece muda. (Fédida, 1988, p. 17)

O narcisismo do analista, pensado como estrutura defensiva perante as incertezas identificatórias, impede a construção original de um “estilo” de utilização de seu “aparelho sensível”, capaz de atender às necessidades do analisando sem perder o rumo que o sintoniza com o dispositivo contratransferencial.

A investigação da posição do analista, a partir das reflexões de Fédida, configura-se apenas como campo incompleto e aberto a ser sempre preenchido pela

busca constante do analista sob o impacto do encontro analítico e das limitações de sua teoria.

Nesse campo, inserimos o “aparelho sensível” descrito por Fédida como o “corpo do analista”, a fim de possibilitar pensar a experiência através de sua função de “contorno” como algo eminentemente corporal ou, melhor ainda, no dizer de Winnicott, “real”.

O corpo do analista, nesse sentido, é âmbito de questionamentos clínicos, teóricos, mas principalmente éticos. É no corpo do analista que se depositam os “fragmentos”, os “restos” de história que não pertencem somente a ele, nem ao paciente. Ponto de partida da experiência, o corpo do analista assume um lugar paradoxal, “um lugar sem lugar”, campo de transformações e criação, em que comparecem os dramas humanos da angústia, da alegria exaltada ou erótica, da falta de sentido de existir, que, sob seu plano, exigem a transformação em uma técnica-ética de cuidado, de retorno ao que há de mais incondicional e amoroso no encontro: a capacidade de compartilhar a dor e a busca de sentido da vida.

O corpo do analista é o instrumento capaz de ultrapassar o humano, justamente pela simplicidade e pela conexão com o “não saber” que o caracteriza. Longe de servir como material narcísico de orgulho em relação ao saber ou de superações pessoais, o que gostaríamos de mostrar aqui é que o corpo do analista é, antes de tudo, uma função. Função essa inseparável da noção de “experiência compartilhada”: o corpo do analista é encarnação da própria experiência.

Assim, como demonstram os conceitos trabalhados nesse presente capítulo, a função do analista é servir como testemunha. E a testemunha não é alguém que é afetado por uma questão, apenas, e decide debruçar-se sobre o outro para resolver questões em si mesmo. No dizer de Fédida (1996), o corpo do analista tem a capacidade de “receber a impressão dos restos de vida que ele estaria encarregado de sonhar no lugar do paciente”. Testemunhar é, antes de tudo, devolver a vida, não por piedade ou compaixão, mas através do próprio compromisso de viver.

Lembrando a noção de corpo trazida por Waitrater, em um texto sobre “*O Pacto Testemunhal*” (2004, p. 89), m que relata uma carta de um sobrevivente de Auschwitz: “os corpos— dele, dos outros - na sua dimensão de imediatividade, é a chave de retorno ao mundo.”

Assim, a função do analista, feito corpo, é tornar possível o retorno à vida, o retorno ao mundo, a partir de um compromisso com a dignidade e a legitimidade da experiência humana.