
Da necessidade de se refletir sobre os rumos tomados por uma psicanálise que se diz winnicottiana

Fátima Flório Cesar de Alencastro Graça

O pensamento de Winnicott, e de seus seguidores, muito nos auxilia a lidar com importantes questões da clínica contemporânea, especialmente aquelas relacionadas aos chamados “casos difíceis” (casos-limite ou patologias borderline).

Entretanto, na atualidade, assistimos a uma “ideologização” da teoria winnicottiana: uma eliminação de seu potencial de metáfora e transformação a partir de uma sentimentalização excessiva aliada à substituição do pensamento por dogmas e clichês.

Neste artigo, pretende-se refletir sobre os rumos tomados por tal psicanálise (que se diz winnicottiana). Além de alguns textos, inclusive do próprio Winnicott, um trabalho de Fédida intitulado Crise e contratransferência nos auxiliará neste propósito.

*Diante da dificuldade de fazer sempre aquilo que dizemos,
é possível tentar dizer o que fazemos!*
(Zygouris, 1995, p. 186)

*As coisas não querem mais ser vistas
por pessoas razoáveis
Elas desejam ser olhadas de azul –
Que nem uma criança que você olha de ave.*
(Barros, 1993, p. 23)

Este texto tem como objetivo – como indico no título – o encaminhamento de uma reflexão a respeito da técnica psicanalítica junto a casos difíceis. Refiro-me aqui a práticas “inspiradas” (muitas vezes de forma equivocada) na teoria winnicottiana.

Em outros trabalhos, explico com mais precisão o que chamo de “difíceis”. Por ora, gostaria de enfatizar que “os casos difíceis” corresponderiam ao que André Green chama de “casos-limite”.

Esse autor considera o caso-limite não situando-o em relação à psicose – seria uma estrutura indeterminada, estável (dificilmente caminha para uma psicose), que pode se voltar tanto para a depressão, toxicomania, psicose etc. Assim, o analista é colocado ora diante de núcleos psicóticos, ora depressivos; ele não pode ficar mais passivo, mas deve “abolir os próprios limites de seu funcionamento mental, poder saber-se para poder pensar o que o paciente não pode pensar”. (Green, 1986, p. 20)

Green ressalta também que a teoria winnicottiana nos remete o tempo todo à questão dos limites. Muitos paradoxos novamente em jogo. É preciso que o bebê viva com a mãe uma “relação sem limites” para constituir-se “pessoa total” – separada do fora, mas mantendo-se em comunicação. Também é através de limites – do *holding* oferecido pela mãe – que a

criança vai ser protegida de experimentar as agonias impensáveis¹ (que corresponderiam a uma dimensão de infinito, portanto sem limites, sem contorno). É pelo *holding* oferecido pelo analista que o paciente, por sua vez, poderá caminhar de seu eu esfacelado para um *self* unificado, para ser uma pessoa total. Para isso, entretanto, o analista vai precisar lidar ora com ansiedades de separação (de limites muito separados, da ausência do objeto); ora com angústia de intrusão (de perda de limites²).

Paciente difícil, analista em dificuldade

Vamos ao óbvio: *o caso é difícil porque traz dificuldades para o analista*. O caso difícil é, antes de mais nada, difícil para o analista. Uma reflexão sobre esses casos deve passar obrigatoriamente por uma reflexão sobre a contratransferência. Perturbações, desassossegos, inquietação. Angústia, raiva. Premência em ajudar, agonia diante do pedido do paciente de alívio do sofrimento. O paciente dificulta, “bagunça o coreto-*setting*” do analista. A técnica clássica não dá conta de responder às suas questões. A técnica requer, portanto, elasticidade – como disse Ferenczi. Salvem o caso difícil! Salvem o analista! Um analista em apuros, com dúvidas sobre sua identidade e sua atuação, ainda faz psicanálise quando modifica o enquadre, quando se irrita ou quase chora diante de um relato dramático? Como lidar com a solicitação de ajuda tão presente nesses casos? Ou com as intensas barreiras autísticas? Como pensar uma psicanálise terapêutica³?

Responde-se contratransferencialmente a um tipo de transferência não-neurótica, que alguns chamam de psicótica e que eu preferiria denominar arcaica. É a insistência da infância, do infantil mais remoto que conduz a “ataques” a uma (determinada) posição do analista⁴. Uma regressão ou necessidade de regressão determina uma demanda muito específica à “personalidade do analista

1. Seriam “agonias impensáveis”: desintegração; sentimento de irrealidade; falta de relacionamento; despersonalização ou falta de coesão psicossomática; funcionamento intelectual ex-cindido; queda eterna. (Winnicott, 1965, p. 100)

2. Khan apresenta de um modo simples o que seria o *setting* analítico: “o *setting* analítico proporciona espaço, tempo e a presença do analista para o processo clínico, e o resultado experiencial deste *setting* para o paciente é o *holding*, da teoria da relação pais-bebê, de Winnicott. Winnicott (1960a) usa deste conceito para indicar não só o verdadeiro ato de segurar a criança, mas também toda a provisão ambiental anterior ao conceito de *viver com*. Em outras palavras, refere-se a uma relação tridimensional ou espacial com a adição gradual do fator tempo”. (Khan, 1969, p. 248).

3. É uma expressão de Fédida.

4. Como ressalta Masud Khan, contratransferência não significa aqui a “transferência conflitual inconsciente do analista, mas sim “a sensibilidade total do analista em relação ao paciente: é mais do que um simples *rappart* intelectual e compreensão”. (Khan, 1960, p. 170). Essa

em sua contratransferência”. (Khan, 1960, p. 171). Para Khan, eis a pergunta básica que o analista precisa fazer, nesse momento, a si mesmo: “Qual é a necessidade do paciente agora, e de quem?”. (Khan, 1960, p. 171)

Aqui entra o que Winnicott chama de análise modificada, e, Fédida, de psicoterapia. O manejo, o oferecimento de *holding* são as respostas requisitadas. Neutralidade e abstinência são conceitos que necessitam de revisão.

O manejo da regressão corresponderia ao provimento da adaptação ambiental que faltou ao paciente em seu processo de desenvolvimento.

Quando há um ego intacto, o *setting* da análise não é importante em comparação com o trabalho interpretativo. Em outros casos (que eu chamo de difíceis), em que o ego ainda não se desenvolveu – o falso *self* oculta e protege o *self* verdadeiro –, o *setting* se torna mais importante que a interpretação (Winnicott, 1956, p. 486). *Setting*, para Winnicott, vale dizer, corresponde “à soma de todos os detalhes do manejo”. (Winnicott, 1956, p. 486)

Winnicott considera toda a psicanálise (como ela se organiza) uma grande tranquilização – o que poderia ser mais tranquilizador para uma pessoa do que saber que está sendo analisada, num *setting* confiável, dirigido por um analista capaz de fazer “interpretações penetrantes e precisas”? (Winnicott, 1955, p. 478). Para ser capaz de tranquilizar é preciso, por parte do analista, uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento! Entretanto, tranquilizações em termos de reações contratransferenciais – representando elementos inconscientes reprimidos no analista – implicam numa limitação do seu trabalho.

Esse trabalho exige muito do analista porque é necessário ter sensibilidade para as necessidades, provendo um *setting* adequado. Como diz Winnicott, o analista “não é, afinal, (embora muitos acreditem!) a mãe natural do paciente!”. (Winnicott, 1956, p. 488)

Outra grande dificuldade deriva do fato de que *em determinadas fases do trabalho* o que se chama resistência no trabalho – a transferência negativa – indica uma falha do analista. A resistência persiste até que o analista descubra o erro e responsabilize-se por ele: uma análise fracassada é uma falha não do paciente, mas do analista.

Mas isso tudo não é nada fácil. Se o paciente difícil precisa ser atendido em suas necessidades, o analista precisa identificá-las apropriadamente, não confundindo-as com “dar satisfações”:

No tipo de caso de que estou falando nunca se trata de dar satisfações, à maneira ordinária de sucumbir a uma sedução. É sempre que se proporciona

contratransferência é denominada por Hoffer a “humanidade” do analista: “a transferência do analista diz respeito à sua apreciação, e reações humanas, às necessidades reais do paciente nos vários estádios do tratamento analítico”.

certas condições, pode-se trabalhar, e se não fornece, não se pode, e poder-se-ia igualmente nem tentar. O paciente não se acha lá para trabalhar conosco, exceto quando fornecemos as condições que são necessárias. (Winnicott, 1964, p. 78)

A esperança surge à medida que o analista vai se adaptando à necessidade do paciente – a esperança é de que “o *self* verdadeiro possa finalmente ser capaz de assumir os riscos que o início da experiência de viver implica”. (Winnicott, 1956, p. 486)

Aqui ressalto a importância do triângulo formado pelos três vértices: transferência arcaica – contratransferência – técnica modificada. Diante da demanda de regressão do paciente ou do estabelecimento de uma “simbiose terapêutica” como denomina Harold Searles, o sentimento de identidade do analista enquanto analista, deve se diferenciar daquele presente na análise clássica. Diante dos intensos e estranhos processos transferenciais, sua identidade profissional deve ser preservada não à custa da repressão de afetos e fantasias, mas ao contrário: é pela possibilidade do próprio analista experimentar diversos tipos de sentimentos que o paciente poderá, por identificação, integrar experiências semelhantes em seu funcionamento egóico. (Searles, 1970, p. 225)

Os casos difíceis seriam aqueles que requerem modificações na técnica. Winnicott, em seu texto, “dá dicas” do que seriam tais casos:

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:

- a) Quando o temor da loucura domina o quadro.
 - b) Quando um falso *self* se torna bem-sucedido e a fachada de sucesso, mesmo brilhante, tem de ser demolida em alguma fase para a análise ter êxito.
 - c) Quando, em um paciente, uma tendência anti-social, seja em forma de agressão, roubo ou ambas, é o legado de uma privação.
 - d) Quando não há vida cultural, somente uma realidade psíquica interna e um relacionamento com a realidade externa, estando as duas relativamente desconectadas.
 - e) Quando uma figura paterna ou materna doente domina o quadro.
- (Winnicott, 1962, p. 154)

Mas, como se pensar a “análise modificada”, referida acima por Winnicott? Como vêm se apresentando as alterações na técnica, necessárias na prática analítica junto a casos difíceis?

André Green critica a tendência conservadora dos psicanalistas através de uma brincadeira relatada no livro *Conferências brasileiras*:

Costumo dizer que a diferença entre um homem de bom senso e o psicanalista é que quando um homem de bom senso coloca sua chave na fechadura e verifica que sua chave não funciona, ele conclui imediatamente ser necessário trocar a chave; enquanto o psicanalista, quando coloca a chave na fechadura e ela não funciona, ele acha que tem que trocar a fechadura... (Green, 1986, p. 130)

O "jogo" de Green fala da necessidade de se flexibilizar a técnica e do conservadorismo/resistência dos analistas em procurar novos caminhos. Sem dúvida é algo a que devemos estar atentos: à tendência dos psicanalistas a "não questionar o protocolo psicanalítico". (Green, 1986, p. 130)

A teoria winnicottiana – e, de um modo geral, as produções do Middle Group – têm constituído uma opção para se lidar com os novos impasses da clínica contemporânea. Eis então que surge nova complicação; com frequência efetua-se uma leitura simplista e uma prática equivocada do "holding winnicottiano", reduzindo-o a procedimentos de aplacamento de angústia – a terapias "suportivas". Tenho repetido com um pouco de exagero (ou insistência?) "essa espécie de indignação", porque talvez seja uma possível contribuição de meu trabalho. Que não seja uma reflexão dirigida aos mesmos (iguais); mero repetir de dialetos. Se ora me dirijo criticamente àqueles que não reconhecem a necessidade de se flexibilizar a técnica, e nesse sentido festejo as enormes contribuições de Ferenczi e Winnicott, ora me dirijo aos que entendem superficialmente o que seria corresponder às necessidades do paciente.

É preciso que se pense com profundidade a questão do manejo ou da análise modificada de Winnicott. Para isso é preciso "descascar conceitos", impedir que a teoria se transforme em ideologia e isso deve se dar a partir de uma reflexão sobre a prática, de um "esmiuçamento⁵ da técnica" (através de uma análise de seus vários aspectos) e de uma ênfase no trabalho psíquico do próprio analista tanto através da supervisão quanto de sua análise pessoal (reconhecendo, dessa forma, a importância da contratransferência e da zona de loucura pessoal atravessando/marcando não apenas o trabalho com determinado paciente, mas sua relação com a teoria e a psicanálise como um todo).

"Descascar conceitos" é uma tarefa urgente: o *holding*, o que é a tal "maternagem", quais seus limites, a neutralidade, em que consiste a "pessoa real do analista" etc. "Esmiúçar a técnica" não é menos importante.

Por ora, gostaria de "pegar carona" com um autor que tem se preocupado com a questão da psicanálise (ou da psicoterapia psicanalítica) junto a casos

5. Esmiúçar = separar/analisar em partes.

diffíceis. Não deixa de ser uma complicação (?!). Mas recorro aqui às reflexões de Pierre Fédida, apostando em que elas poderão nos auxiliar.

Utilizei-me especificamente de um texto em que Fédida debate mais longamente sobre essas questões e que chama-se “Crise e metáfora”⁶ incluído no livro *Crise e contratransferência*. Destaco, a seguir, as idéias consideradas mais relevantes:

Fédida propõe, nesse texto, uma reflexão sobre as relações entre a psicoterapia e a psicanálise que vá além dos critérios normativos e administrativos-prescritivos (se o paciente deita, quantas sessões por semana etc.). Essa questão deve ser, com urgência, debatida pelos próprios psicanalistas que, na verdade, a tem deixado de lado para “salvaguardar” sua prática psicanalítica. Logo de início, o autor propõe um “*a priori* doutrinal”: a prática psicoterapêutica a ser debatida dever ser referida à teoria psicanalítica – aquela capaz de lhe dar “inteligibilidade prática-racional”.

É nesse sentido que ele recorre às palavras de Freud: “Com o tempo, aprendi também a distinguir entre uma análise plena e inteira e, como costume dizer, uma psicoterapia guiada por pontos de vista psicanalíticos”. Fazem parte das exigências obrigatórias da psicanálise a análise dos sonhos, a inclusão do fenômeno da transferência e a franqueza incondicional. Os casos que poderiam ser beneficiados de uma análise plena e inteira ficaram restritos “às pessoas de mais alto valor, às personalidades mais evoluídas”.

Se, por um lado, os imperativos das afirmações de Freud pouco tenham enfraquecido, é preciso, por outro, que se reconheça que a maioria dos psicanalistas pratica a psicoterapia psicanalítica (reivindicadas pelos pacientes como sendo análises!). (Acredito que seja mesmo necessário esse reconhecimento para que se reflita em cima do que se faz e não de um ideal distante da prática). Mas o que determina o que seja uma análise? Fédida afirma que não é o enquadre (isso é fundamental!), que a análise dos sonhos não é mais fator predominante, que a transferência não é mais pensada nos termos que Freud a concebia etc. O que seria? O que determina que uma análise seja uma análise? – eu pergunto.

São feitas então importantes colocações a respeito da cura, da psicanálise e da psicoterapia. A rigorosa exigência da psicanálise estaria presente imaginariamente em cada cura como um ideal; e cada cura constituindo-se, assim, numa transgressão através da qual ela se tornaria terapêutica.

Há muito se vive uma distorção entre a “manutenção teórica do ideal da psicanálise e o abandono das condições técnicas por ela exigidas”. Como resultado, tem-se a valorização da clínica e do “conceito de psicanálise terapêutica”. Se a cura psicanalítica (plena e inteira) se mantém inadequada,

recolocar na definição da psicanálise uma vocação terapêutica, não seria reter da psicanálise apenas o discurso de sua teoria? – questiona Fédida.

Aqui, uma importante questão: “Atualmente, o que vem a ser uma cura psicanalítica?”. Fédida recorre a Ferenczi em sua regra fundamental de que o analista tenha sido analisado de modo a ter ido suficientemente longe na sua análise para mantê-la na sua prática, e poder continuar no papel de analista, sempre sendo capaz de se manter nele.

Fédida retoma a enorme importância dada por Ferenczi ao trabalho psíquico do próprio analista! Assim, o que qualifica uma “cura psicanalítica” não seria o enquadre – é claro que se pressupõe um enquadre estável e regular –, mas o que ele chama de *situation*: situação/posição. Para que tal “posição analítica” se instaure, é preciso que o analista não apenas seja analisado, mas se mantenha num processo de elaboração a partir do recalque que a fala do paciente nele acarreta. O que determina essa posição não seria o enquadre ou normas de comportamento, mas o *tal trabalho psíquico construído cotidianamente, e que impõe uma condição de “memória inconsciente”*.

Assim, – vejam que interessante! – distinguir quem pratica psicanálise de quem não pratica vai depender de uma conversa, ou um escrito.

Essa colocação de Fédida retira a qualidade de “psicanalítico” de tal ou qual escola ou teoria e implica cada analista no seu trabalho cotidiano, na construção psicanalítica. Isso traz, sem dúvida, importantes repercussões éticas – o que é ótimo! – implicando o analista na re-criação da teoria a partir de sua própria memória inconsciente.

Desse modo, se a “posição psicanalítica” – a partir da memória inconsciente do analista – se mantém, uma psicoterapia se apresenta como “uma cura psicanalítica complicada”, já que o analista deve trabalhar num campo clínico das patologias não-neuróticas. A cura analítica clássica repousa, por sua vez, sobre o paradigma da neurose.

Vocês já devem ter podido perceber com esse texto de Fédida é um excelente instrumento para a reflexão sobre a psicoterapia junto a casos difíceis.

Conclui-se, já, que o que se faz mesmo – embora poucos reconheçam – é psicoterapia. Mas o que a qualifica psicanalítica? Reter a teoria (psicanalítica) e modificar a técnica não determina ou garante que uma cura seja psicanalítica. Uma valorização da clínica, também não, já que a cura plena e inteira mantém-se inadequada. A resposta está na “posição psicanalítica”, esta instaurada a partir do trabalho cotidiano do analista. Que o analista seja analisado e se mantenha analista (no sentido de manter em atividade sua memória inconsciente), não tem sido mesmo esquecido por aqueles que dizem fazer psicanálise junto a casos difíceis e que, deixando-se levar pelas armadilhas contratransferenciais implicadas nesses casos, baseiam-se apenas no “o que faz a análise não é o enquadre”, e

esquecem-se do resto...? Que resto!? Os restos (seus próprios) não-analisáveis, na verdade.

O debate sobre a relação entre psicoterapia e psicanálise está diretamente ligado à questão dos casos difíceis, dada a grande solicitação de ajuda que eles suscitam junto aos analistas; constituindo um desafio em relação à pessoa do analista, ao enquadre analítico e à própria análise. Uma reflexão sobre essas patologias, conduzidas por autores situados além da filiação Freud-Ferenczi – como Balint, Winnicott, Margaret Little, Searles, Joyce McDougall, Khan, Anzieu, Green – tem levado a um tipo de redescoberta da psicanálise, seja pela criação teórica de novos modelos e conceitos, pelo aprofundamento metapsicológico do pensamento freudiano, e sobretudo pós-freudiano, e de modo especial através da importância dada à contratransferência.

Se, de um lado, essas curas não poderão ser resolvidas a partir do paradigma freudiano da neurose e nem correspondem ao modelo kleiniano da psicose, o que se vê é a constituição de novos paradigmas, pela transformação de valores conceituais da metapsicologia freudiana.

Mas, para Fédida, esses novos paradigmas não são resultado de uma “revolução terapêutica!” (Pensar no contrário não seria ainda transformar em posição ideológica determinada posição teórica?). Esses trabalhos continuam fiéis à tradição freudiana, mas, atentos aos processos técnicos, buscam mudar as referências teóricas e levar em conta as funções afastadas pela técnica dita clássica. É muito interessante como Fédida situa com precisão o que esses autores trazem de novo, não confundindo o novo com revolução!

A prática com casos difíceis – pacientes que buscam alívio para um intolerável sofrimento – dá margem a um fazer em detrimento da “técnica teoricamente pensada” e muitas vezes beira o charlatanismo. (O que me preocupa é quando essa prática abusiva se dá em nome de se estar fazendo psicanálise winnicottiana, kleiniana etc. É bom lembrar como o trabalho desses analistas de casos difíceis se dava – como no caso (impressionante) de Khan – a partir de um trabalho minucioso e profundo de reflexão sobre a técnica).

Fédida recorre às palavras de Green sobre esse movimento atual da psicanálise:

A entrada no campo clínico de estruturas pelas quais Ferenczi se interessou, e que constituem uma fração cada vez mais importante do campo clínico psicanalítico, obrigou a uma descentração das referências clínicas e teóricas. Elas são incluídas na categoria mal definida de casos-limite (...).

(...) Os casos-limite parecem ocupar uma posição crucial, uma espécie de placa giratória que permite, deste ângulo, compreender melhor tanto a neurose quanto a psicose, bem como a perversão e a depressão. A indeterminação estrutural que os caracteriza constitui uma matriz mais flexível, podendo melhor apreender suas relações com as formações clínicas mais estruturadas.

Em relação a esses casos, a questão que se coloca é dupla. Primeiramente teórica: os casos-limite colocam em xeque a coerência da metapsicologia originária das neuroses. Mas é conveniente, antes de se considerar Freud como ultrapassado, saber se uma reinterpretação da segunda metade da sua obra, aquela que se segue à virada de 1920, não nos forneceria chaves de grande valor para construir a teoria do funcionamento psíquico destas estruturas e colocar esta teoria em posição de referência (...) Há outra questão: o desenvolvimento de um modelo a partir de casos-limite poderia servir de fundamento a uma teoria da técnica, e mesmo a uma reavaliação da cura psicanalítica no seu todo? (Green, 1986, pp. 32-33)

O “abandono do ato de analisar” – observação de Green plenamente aceita por Fédida – levaria à transformação do enquadre como detentor dos valores da psicanálise, assim como “à modificação da prática em direção a comportamentos contratransferenciais de natureza mais mimética do que analítica” (Fédida, 1992, p. 208). Assiste-se a uma clivagem – onde se justifica formalmente a psicanálise, ao mesmo tempo em que se praticam “as psicoterapias de sugestão contratransferencial”, que deixam rapidamente de ser psicanalíticas.

É preciso abandonar o ato de interpretar?

Este ponto é capaz de produzir grande polêmica. Afinal, o trabalho numa linha winnicottiana com pacientes psicóticos e *borderline* não deve ser mesmo produzido predominantemente a um nível pré-verbal, onde se privilegiem mais o *holding* e a experiência e menos o *insight* e a interpretação?

Penso que uma leitura ideologizante desses autores tão inovadores tem levado a uma rigidificação de seus pensamentos, sendo estes transformados em clichês. O próprio Green, no prefácio do livro de Khan *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos* celebra o caráter inovador desses analistas:

Analistas assim não se limitam a escutar, a descobrir nos pacientes aquilo que já sabem, a decodificar seus discursos na sintaxe das idéias recebidas e a se sentirem tranquilizados pelas conquistas teóricas. E porque podem ainda surpreender-se, podem também surpreender. Esta obra traz a chancela do *imprevisito*. Tanto por parte do paciente, como por parte do analista. (Khan, 1974, p. 16)

O mesmo Green que fala do “abandono do ato de analisar” elogia o fim da “guerra de usura da análise das defesas e do funcionamento da máquina de interpretar”. (Khan, 1974, p. 16)

Mas ali Green já adverte:

Mas é verdade que tal técnica envolve risco dobrados, como o de errar, de envolver-se demais, de agir precipitadamente ou de ser lançado para o outro

lado. Não existe analista que não se sinta duplamente ameaçado pela esclerose do conservantismo e pela agitação que o impele a ultrapassar os limites necessários ao desenrolar do processo psicanalítico. (Khan, 1974, p. 16)

E aqui estamos nós, quase 20 anos após esse prefácio, às voltas com uma hipervalorização do “espontaneísmo”, a um “congelamento do imprevisto” e, conseqüentemente, a um abandono do que seria uma “posição psicanalítica”. Esse abandono não é determinado pela flexibilidade do enquadre. Não, o enquadre não é mesmo “o detentor dos valores da psicanálise”. O equívoco é identificar tal elasticidade a uma mobilidade psíquica do analista – que pode estar apenas (rigidamente/compulsivamente) dedicado a um “ativismo”. Nesse sentido, Khan ressalta a necessidade maior de uma postura crítica e ativa face à teoria quando se está diante de um caso difícil:

Se é para colocarmos nossos objetivos tão no alto, então nossa obrigação de *conhecer* nossa teoria específica, questioná-la e fazê-la evoluir continuamente, torna-se um imperativo no nosso trabalho clínico. Com o chamado “caso adequado”, o analista pode prosseguir com o ensino tradicional da teoria e prática. Não tem necessidade de forçar seus recursos pessoais para fazer face às tarefas clínicas. *Mas no novo empreendimento de cura, a autociência crítica do que fazemos, e nossa avaliação intelectual imaginativa de como o fazemos e porque o fazemos em qualquer circunstância dada, tornam-se indispensáveis. E nem todos os analistas têm o talento de uma Milner ou de um Winnicott para enfrentar esse desafio da tarefa curativa.* Nossas teorias não nos tornam mais sábios ou infalíveis, mas certamente nos revelam nossa ignorância sobre aquilo que fazemos. É isso, evidentemente, já é suficiente lucro e benefício. Não acho que as doenças tenham mudado, mas nossos meios de lê-las e enfrentá-las continuam a modificar-se, e essa é a verdadeira função da teoria em nossa prática. (Khan, 1970, p. 123)

Diante de pacientes difíceis, temos duas opções: ou fazer com que se comportem “como se” não estivessem doentes como estão e esperar que se adequem à nossa técnica ou... E aqui Khan diz algo fundamental: “fazer o que fez Milner [ele estava falando sobre o caso Susan]: *modificar e ampliar nossa sensibilidade para descobrir e ir ao encontro do mal do paciente, no seu próprio estilo e lógica*”. (Khan, 1970, p. 121)

Mas o risco que se corre é de uma sentimentalização por parte do analista frente a um caso desses, em detrimento da ampliação de sua sensibilidade. Esta sensibilidade poderia ser mais ou menos aproximada do que Fédida reivindica como garantidor da posição analítica: o trabalho (psíquico) do analista. Se, nesses casos, o *setting* é fundamental, e muitas vezes a interpretação – verbalizada – é desnecessária ou inadequada, perturbadora do ritmo do paciente – o analista precisa se manter no lugar de quem busca compreender o drama existencial

(singular) daquela pessoa. Isso talvez demande uma compreensão que extrapole a comunicação verbal – que é do que Khan fala em seu texto “Ouvir com os olhos”

Ali, Khan ressalta a importância do olhar como uma forma de “conhecer” o outro. A presença corporal do paciente tem uma gramática e uma semântica que precisam ser compreendidas. Khan cita Foucault: “Na temática do clínico, a pureza do olhar está ligada a um certo silêncio que permite ouvir” (Khan, 1971, p. 304). Ora, isso não é pouco! Neste mesmo texto, Khan adverte que é um erro pensar que a psicoterapia – ele também chama assim o trabalho analítico junto a casos difíceis – seja um trabalho pouco profundo ou superficial!

E sobre a interpretação... Embora a comunicação pré-verbal – o manejo da regressão via oferecimento de um *holding* – deva prevalecer sobre o uso da interpretação; esquece-se que o próprio Winnicott fala da necessidade de se conduzir a análise para a consecução dos objetivos da análise clássica – os de interpretação de conteúdos internos. Khan também diz algo muito parecido ao finalizar a descrição das várias fases do manejo da regressão: “... assim podemos realizar a tarefa que Freud fixou para nós, isto é, descobrir, pelos traços deixados, o que foi esquecido ou, mais exatamente, construir o que foi esquecido...” (Khan, 1964, p. 88). Esta parece ser uma posição bem mais flexível do que aquela que opõe radicalmente a técnica winnicottiana à psicanálise clássica! Em seu texto “Variedades clínicas da transferência”, Winnicott reafirma sua filiação à psicanálise clássica:

No trabalho que estou apresentando, o analista segue o princípio básico da psicanálise, segundo o qual o inconsciente do paciente conduz e só a ele se deve seguir. Ao lidar com uma tendência regressiva, o analista deve estar preparado para seguir o processo inconsciente do paciente, se não quiser ser diretivo e sair fora do papel de analista e que é possível seguir na direção apontada pelo inconsciente do paciente, tanto neste tipo de caso quanto na análise da neurose. No entanto, existem diferenças nos dois tipos de trabalho. (Winnicott, 1956, p. 485)

É claro que existem mesmo essas diferenças e que são dois tipos de trabalho. O erro é transformar essa diferença numa dicotomia – pois falsa dicotomia seria essa!

Winnicott confirma esse equívoco pela fala seguinte:

No meu trabalho clínico, consegui provar, pelo menos para mim mesmo, que um tipo de análise não impede o outro. Encontro-me indo e vindo de um para outro, de acordo com a tendência do processo inconsciente do paciente. Quando o trabalho de tipo especial a que me referi é completado, somos naturalmente conduzidos ao trabalho analítico comum, à análise da posição

depressiva das defesas neuróticas de um paciente que possui um ego, um ego intacto, um ego que é capaz de experimentar impulsos do id e de sofrer as conseqüências disso. O que precisamos fazer agora é estudar detalhadamente o critério do qual o analista pode saber *quando deve trabalhar com a mudança de ênfase*, como saber que uma necessidade que está surgindo é do tipo que deve ser satisfeita como eu afirmei (pelo menos de forma simbólica) pela adaptação ativa, tendo o analista o tempo todo em mente o conceito de identificação primária. (Winnicott, 1956, p. 488)

Leituras muito radicalizantes opõem *holding* à interpretação. Entretanto, para o paciente se sentir confiante e assim caminhar para uma relação de dependência profunda ele precisa se sentir *compreendido*: “Quando o paciente, *pelas nossas reconstruções e interpretações acredita* suficientemente na situação e no processo analítico [que é algo muito diferente de uma transferência cega e fanática para o analista], é que ele pode começar a caminhar para uma dependência mais profunda e para o uso regressivo da situação analítica” (Khan, 1964, p. 66). Mas as relações entre o interpretar e o conhecer são complexas. Nesse sentido, em outro texto, Khan fala que a interpretação terá um papel mutativo no sentido de conhecer as áreas de conflito das realidades intrapsíquica e interpessoais do paciente e assim facilitar o *insight*, quando os “vetores do ser e do experimentar estiverem firmemente estabelecidos na capacidade do paciente e no seu funcionamento na situação analítica” (Khan, 1969, p. 250). Mais adiante, nesse mesmo texto, Khan explicita o que entende por “conhecer”, como algo distinto do que ele chama de “*mentação*”, e que se mantém como objetivo principal da análise. Aqui conjugase a importância do interpretar não apenas como transmissão de conteúdos, mas ligado à necessidade do conhecimento se dar através do outro:

Estou usando o conceito de *conhecer* numa acepção um tanto complexa. *Conhecer* é mais do que mera reportagem mental de autoconscientização ou verbalização de lembranças de experiências de vida. Há uma qualidade distinta de catexia de ego mais imaginação incorporada aos fatos recordados ou às representações mentais de experiências passadas, para que a experiência do *conhecer* se cristalice; e uma das funções básicas da interpretação é patrocinar essa particular catexia imaginativa e afetiva de ego, na paciente, da sua própria autoconscientização. A autoconscientização por si só é uma fonte de experiência insuficiente. É única e exclusivamente o enriquecimento da autoconscientização pela catexia de ego que leva reflexividade, e a reflexividade é a verdadeira matriz que cristaliza o *insight* como experiência psicoterápica criativa para o paciente. (Khan, 1969, p. 254)

O que Khan chama a atenção, e julgo fundamental, é para a oscilação entre o conhecer através da interpretação e o conhecer através do experimentar. Tende-se *rigidamente* a colocar essas duas modalidades de conhecimento em campos

opostos – a psicanálise clássica ocupando-se da interpretação x a winnicottiana privilegiando o experimental. Acredito que essa oposição, nascida via ideologia, tem sido transposta equivocadamente para práticas estereotipadas em ambos os “campos”. Falta-se reconhecer o “... o flutuante interjogo na experiência total de si mesmo, do paciente, no *setting* analítico, em termos de *ser*, através das relações objetais fornecidas pela transferência para o *experimental* e o *conhecer* a sua realidade intrapsíquica e os conflitos interpessoais, através da interpretação”. (Khan, 1969, p. 249)

Esta questão da oscilação é fundamental. Também a intensidade de uma regressão no *setting* analítico oscila e o analista vai precisar acompanhar e responder adequadamente a esses movimentos do paciente. Em alguns momentos apenas é importante a presença silenciosa – com uma certa/exata qualidade, é claro! – do analista:

Quando a Sra. X sofria aquela dor nas sessões, ela ficava totalmente inerte e calada, e eu só conseguia lidar com essa dor, reagir a ela, com o que verbalizo como sendo simpatia corporificada, através da minha atenção corporal. Quando nesses estados, eu sentia que a paciente precisava de mim e me tomava emprestado para poder amparar-se. Ser “um ego suplementar”, para usar a expressão de Heimann (1950, 1956), significa dar a ela um ego corporal. Não houve jamais qualquer contato físico entre mim e a paciente em nenhuma fase do tratamento. O que ela pedia era *um modo de ser*; pelo menos, é como, retrospectivamente, ela o descrevia. Se a minha atenção corporal decaísse, ela acordava, entrando num estado mental artificial, ou ficava deprimida e apática. (Khan, 1960, p. 196)

Em outros momentos de menor regressão é possível se levar o trabalho interpretativo sobre o que está acontecendo ao paciente:

A importância dessa “verbalização” do que ela sentia nos seus estados de silêncio e regressão era de valor inestimável, porque, só por meio deste processo de verbalização, se estabelecia gradualmente uma ligação entre o que acontecia naquele momento e seus antecedentes genéticos na sua infância e passado. (Khan, 1960, p. 194)

O básico do que apresentei ao recorrer a algumas idéias de Khan é a importância do paciente se *sentir compreendido* não necessariamente a partir de uma interpretação – às vezes é preciso não interpretar –, mas através de uma escuta do analista, mesmo que seja uma “escuta com os olhos...”

Esse (grande!) parênteses pretendeu desvelar o equívoco implícito no “abandono do ato de analisar” – para isso utilizei-me dos relatos de Khan, por ser este um autor que “esmiuça a técnica” e “fala sobre o que faz...”

Se o texto de Fédida foi o elemento disparador de tantas reflexões, voltemos a ele.

Sobre a contratransferência

Estávamos falando da importância da contratransferência na análise dos casos difíceis. Fédida faz algumas considerações a respeito. Procurarei reproduzi-las muito resumidamente – à medida que nos interessa basicamente relacioná-las aos casos difíceis.

1. Freud concebeu a contratransferência como dispositivo de percepção da transferência do paciente – que deve ser instrumentalizada, mais parecendo entretanto com uma “estratégia defensiva estreitamente dependente da concepção ideológica da transferência em sua qualificação diabólica”. (Fédida, 1992, p. 209)

2. O desconhecimento da função do pai na contratransferência valoriza no analista um imaginário materno mimeticamente burlesco. As psicoterapias de sugestão contratransferenciais corresponderiam assim a um “como se” psicanalítico, já que é da psicanálise que depende o desenvolvimento da “morte do pai”, ou seja, da morte necessária da representação sensível e da auto-representação protetora. O analista não deve ocupar o lugar transferencial do pai. Para que o pai esteja fora do alcance da imagem, da intenção dos afetos, da palavra destinatária, *exige-se portanto do analista esta neutralidade feita de renúncia heróica de se reintroduzir como terceiro imaginário encarnado pela resposta à fala. A contratransferência será, a partir daí, ao mesmo tempo o “lugar do estrangeiro engendrando a situação psicanalítica por construção. A posição de estrangeiro é o lugar dos lugares da atividade metapsicológica do analista na cura, enquanto esta faz da linguagem a condição do figurável e, portanto, de toda a construção. Enfim, este lugar – sob a condição de que o analista não venha a ocupá-lo – garante através da linguagem o que se compreende da construção como memória do infantil”*. (Fédida, 1992, p. 210)

Penso que essa neutralidade não equivale àquela criticada por Khan e outros autores. Afinal, é preciso uma disposição heróica – paradoxal – para “abrir mão de seu narcisismo” e ao mesmo tempo estabelecer uma devoção atenta às necessidades do paciente.

3. A contratransferência fica constituindo, assim, a condição da experiência de atualização dos processos críticos – transferência – e do que eles permitem imaginar/pensar. *Se, em consequência, são necessárias modificações técnicas, o fundamental é que a contratransferência venha a encontrar no analista a capacidade de se manter analista e, portanto, de sempre tornar a sê-lo.*

Fédida coloca algo fundamental: a contratransferência seria a continuação da análise pessoal (auto-análise), onde o paciente-limite designa, *ilusoriamente*, este resto de vida residual das transferências na análise passada. Ora, isso é básico para que não se ocupe completamente do lugar a nós destinado! A questão é complexa: em certas curas de pacientes-limite a posição analítica vem

aparentemente se isolar unicamente sobre a pessoa do analista. Mas atenção para o que fala Fédida: não quer dizer que o analista deva ocupar esta posição, mas que ele se mantenha na medida – assim como Zoe Bertgang com Norbert Hanold – de permanecer neste distanciamento, ligeiramente de lado e jamais em simetria, gerador de deslocamentos e de transições. Não estaria isso próximo do *playing* em Winnicott – criador de tantos abrigos virtuais – capazes de se transformarem em lugares de imaginação e desimaginação de si? Também a reflexão de Fédida se aproxima da interessante declaração de Khan:

Muito se tem escrito, nos últimos anos, sobre *fornecer*, aos pacientes, relação objetal primária (materna) e experiências emocionais corretivas. Na minha opinião e critério, essa é uma avaliação errônea da situação clínica e das necessidades do paciente. A tarefa do analista não é *ser* a mãe, ou *transformar-se* na mãe. Não podemos, ainda que tentássemos. Só por meio de um ato de pensamento mágico é que podemos fazê-lo. O que realmente suprimos são algumas das funções da mãe como escudo protetor e ego auxiliar. Não se trata de um jogo de palavras na área da semântica. Existe uma diferença técnica qualitativa entre a atitude de clínicos que têm a capacidade de fingir que estão *sendo* o objeto primário e original (a mãe) e os que avaliam a necessidade do paciente em termos do processo de ego envolvido, e suprem as funções da mãe como escudo protetor, cuja falta, na equação genética original levou à distorção do ego.

O único critério segundo o qual podemos avaliar nossa reposta às necessidades do paciente é o uso que fazemos da contratransferência como instrumento clínico de percepção. Os que se tornam – ou pelo menos acreditam que se tornam – o objeto original – a mãe –, inevitavelmente, introduzem um elemento de exagerada catexia do paciente como pessoa: sua resposta apaixonada ao sofrimento do paciente, e os esforços que fazem para aliviá-lo, são sintomas dessa colusão (cf. Main, 1957). Ao passo que aqueles que se colocam numa posição de disponibilidade, apenas como um ego auxiliar, sentem a tensão do processo clínico nesses estádios e, por meio deles, são capazes de manter aquela distância psíquica, única que lhes dá condições de registrar, perceber e relatar (reconstruir) o que está acontecendo (Winnicott, 1947). (Khan, 1964, p. 87)

4. Neste item, Fédida dá destaque ao papel do supervisor como interlocutor, de maneira prototípica da contratransferência. Nesse sentido, a “ficção da análise mútua” em Ferenczi, embora equivocada, se mostra importante – o analista *estando pronto a receber a palavra do paciente como interpretações do seu próprio recalcado*. Essa “recepção” vai ser possível, ou seja, para que a contratransferência favoreça a emergência de uma criatividade técnica e de um pensamento teórico, é preciso conferir a ela a “função constitutiva do interlocutor na psicanálise sob supervisão”. (Fédida, 1992, p. 213)

5. Fédida discorre sobre o que seria a psicanálise sob supervisão: “a realização no/para o analista, no centro de sua própria fala emitida com e a partir das palavras escutadas, de um topos da construção” (Fédida, 1992, p. 214). Mas tal topos supõe que o supervisor não tome o lugar do analista-terceiro-destinatário. Ao invés, o lugar do estrangeiro, o interlocutor-linguagem deve se constituir como único apoio.

Fédida destaca que a crítica ao conceito de contratransferência revelou o que seu uso poderia ocultar – “uma função de pai na psicanálise e que é estranhamente lembrada pelas curas difíceis” (Fédida, 1992, p. 214). Há que se tomar cuidado para que a contratransferência não se ideologize em esquemas subjetivos que apenas sistematizem quase cognitivamente o que o analista já *conhece nele, e deixe de cumprir sua função básica de propiciar o surgimento de novas metáforas.*

Se olharmos de uma forma mais ampla para o panorama das psicoterapias, não é a uma paralisação do engendramento de novas metáforas que assistimos, quando se “adapta” o paciente à teoria transformada em clichê? Precisamos, portanto, estar atentos a nossos próprios “pontos cegos” comprometidos nesse movimento de “estagnação e banalização do imprevisto”. É preciso que, para que a contratransferência seja por excelência “atividade de metáfora”, ela não “pegue o analista como isca do destinatário”. (Fédida, 1992, p. 215)

Crise e metáfora

Neste último item, Fédida vai discutir a questão da crise – tão importante em psicoterapia, ao mesmo tempo que muito alheia, tanto do ponto de vista clínico quanto teórico, ao campo psicanalítico. Pretende-se agora chamar a atenção para o interesse que pode ter na psicanálise a noção de crise.

Ao nível de teoria psicanalítica, o conceito de crise se limitaria a duas acepções:

- O único fenômeno capaz de dar conteúdo de pensamento ao conceito de crise é a transferência.
- A incidência do *psico-pato-lógico* equivale à capacidade de pensar em acontecimento (lapso, esquecimento, sonho, ilusão etc.) como *processo crítico*.

Crise e transferência. Crise e psicopatológico. Nos pacientes difíceis essas questões se complexificam.

Os processos transferenciais são amplificados na cura dos pacientes-limite quando a “pessoa do analista se encontra ameaçada pela mais selvagem inquietante estranheza por despossessão de sua própria identidade subjetiva” (Fédida, 1992, p. 217). O complicado é que não se trata de delírios transferenciais ou de transferências delirantes. É mais fácil se localizar num delírio de psicótico do que lidar com determinadas transferências que podem atuar sobre as

representações psíquicas a ponto de imobilizá-las em respostas contratransferenciais.

Se é possível se falar de crise em relação aos processos transferenciais, é menos por critérios de inadaptação, e mais porque o outro faz violência ao se fazer outro e oferecer toda a aparência de ilusão de ter se transformado no destinatário portador da *resposta adequada*. Aqui Fédida faz uma colocação fundamental: a transferência pressupõe um “ardil enigmático” em que ao mesmo tempo que ela solicita intencionalmente um destinatário, exige que o analista não ocupe o lugar de interlocutor do qual ele é portador. Cabe ao analista deixar às falas o seu tempo e o seu lugar para vir a ser – a/e para elas mesmas – suporte de interlocutor. A manutenção da situação psicanalítica vai depender do analista não exceder na subjetividade contratransferencial, já que sua manifestação – interpretar – deve ser a “atividade de metáfora das transferências”. Ficar “driblando” esse “ardil enigmático” – recebendo a solicitação de destinatário e ao mesmo tempo não ocupando o lugar de interlocutor – não poderá ser aproximado – aqui novamente – ao brincar/*playing* winnicottiano? Será que interpretam-se erroneamente as demandas de um paciente em crise, respondendo a elas, narcisicamente, acreditando que se pode mesmo ser a mãe/ou que se oferecerá a salvação?

É algo também mais ou menos equivalente ao que Khan fala quando se refere ao equívoco de oferecer ao paciente-limite “relação objetal primária” (mãe): “A tarefa do analista não é ser a mãe, ou transformar-se na mãe”. (Khan, 1984, p. 87)

Na verdade, o brincar para Winnicott (que concebe o encontro analítico como “sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta”), assim como o “ouvir com os olhos” de Khan, implica numa disponibilidade pessoal, uma presença corporal e têm um sentido de mobilidade e atividade exatamente oposto à paralisia de quem quer ser apenas um bom objeto. Nesse sentido, recorro novamente a Green quando ele comenta a interpretação de Winnicott já citada anteriormente “você não engoliu nada”: “tomada ao pé da letra, a interpretação não é certamente a do analista que quer ser um bom objeto; é a do analista que quer reconhecer o verdadeiro *self* atrás do falso *self*”. (Green, 1988, p. 149)

A disponibilidade de que falam tanto Winnicott quanto Khan implica na *presença* do analista e não na *representação* (do objeto primário). Para que essa disponibilidade, não seja apenas “semblante de disponibilidade” (Leite, 1997, p. 95) é preciso que se mantenha a capacidade de brincar do analista – garantidora do espaço de emergência do inédito, do imprevisto. O brincar implica em ser presença e não ser excessivamente presente; acolher a queixa e não ficar paralisado em torno dela (tão tentador nos casos difíceis).

Na verdade, a maior parte do pensamento de Winnicott se enraíza em sua própria experiência subjetiva. Eis que nos deparamos com a distância entre as

palavras e os fenômenos/as coisas: talvez não nos demos conta da extensão, qualidade e profundidade das experiências que ele pretendeu nos comunicar e acabamos banalizando muitos de seus conceitos. É isso que nos diz Fédida quando comenta que “nenhuma situação artificial de observação permite que se registre o brincar, no sentido experiencial que tem para Winnicott”⁷ (Leite, 1997, p. 95): “o brincar que não pode ser simplesmente narrado, pois participa de uma experiência de *aesthesis* que tem que ser transportada para a fala que procura apreendê-lo” (Leite, 1997, p. 96). Da mesma forma, também é impossível (pela escrita) capturar e sustentar “o momento ativo de transformação de sentido”. (Leite, 1997, p. 95)

É preciso que “brinquemos” com o texto winnicottiano, não transformando-o em matéria dogmatizada: “Teorizar é um brincar transformado que pode ser percebido no funcionamento metafórico da teoria. Se os conceitos se cristalizam em objetos simbolizados, paralisa-se o brincar. O jogo metafórico de transformação e des-significação deve ocorrer também com os conceitos, pois é isto que os protege da dogmatização”. (Leite, 1997, p. 96)

Mas voltemos ao texto de Fédida. Nesse ponto ele destaca os trabalhos de Victor von Weizsäcker – médico não psicanalista – sobre crise. Segundo esse autor, a crise comporta “esquemas de imagens no estado irrepresentável e geralmente não-pronunciável” – estas, não-assimiláveis a fantasmas, têm, na verdade, esboços fragmentários de uma linguagem. É por aí, nessas “pequenas zonas de contato”, que o psicoterapeuta pode “entrar”. Se o “ser que se encontra em crise não é neste momento nada e tudo em potência”, como diz Von Weizsäcker, o psicoterapeuta deve se “dispor plasticamente” (como um “material maleável/moldável”) a desimaginar e a imaginar e a se deixar transformar pelo outro na crise. É o pensamento que teoriza o processo e assim o constrói no seu caráter singular. A metáfora não seria, portanto, uma “figura do discurso”; mas, como sugere Binswanger, ela é o poder poético da linguagem de sonhar e de imaginar, antes mesmo que o próprio indivíduo esteja apto a sonhar e a criar. Podemos aproximar essa disponibilidade especial do psicoterapeuta à capacidade da mãe em sonhar o sonho não sonhado de seu bebê?

Na análise existencial – e deve-se lembrar que Binswanger nunca a concebeu como contraditória à psicanálise – o psicoterapeuta é aquele que, sabendo se dar à distância “para não se envolver” ou fingir mimeticamente o terror do doente, seu delírio e sua violência de desespero, instaura corporalmente a existência silenciosa da linguagem e faz assim ressonância como o chamado pronunciado pelas imagens mudas isoladas, como são elas para o sonhador em relação a seu sonho.

7. Estou me referindo ao trabalho de Eliana Pereira Leite sobre um texto de Fédida sobre Winnicott: “Ressonâncias do objeto – o brincar e o espaço analítico: Fédida, Winnicott e o *fort-da*”.

Voltando ao terreno propriamente psicanalítico, Fédida destaca a importância de trabalhos em que se procura descrever com detalhes (por exemplo Winnicott, M. Little, Searles, Khan) a atividade de imaginação e construção do analista para elaborar junto com o paciente esta metáfora. Além disso – o que é muito importante – cada uma dessas práticas envolve sua própria atividade, participando assim de uma liberdade e necessidade metapsicológicas. Percebemos, então, como uma tentativa de reprodução dessas práticas inovadoras sacrificam, na realidade, o potencial de metáfora e construção, coincidindo a atividade do psicoterapeuta com um ativismo sem pensamento – com uma performance baseada na (pseudo) teoria transformada em ideologia.

Neste momento, Fédida coloca questões muito interessantes: à medida que o analista recebe um paciente em situação de crise ou que tal situação se apresente no decorrer da cura, o primeiro desafio será o de “destruir, queimar ou apagar” *as pré-representações teóricas que Piera Aulagnier chamava de disposição ideológica* do analista. Se o analista é atingido em *confusão, angústia ou culpa* por seu paciente em crise, não seria porque esta busca (precisa) obter dela “a língua inédita da metáfora do id”? Daí que, com frequência, tal solicitação – ao atingir o enquadre, os objetos, a pessoa íntima – arrasta o analista para *reações de onipotência*. E Fédida ressalta que essas situações de crise precisam ser convenientemente avaliadas no que se refere à viabilidade psíquica do analista ao caso. Deve-se buscar saber qual o “recurso obscuro” – ponto cego – que ele detecta em nós e considerar o tempo pessoal que deverá lhe ser dedicado (lembrem que Winnicott adverte sobre não se atender mais do que um ou dois pacientes-difíceis por vez). Penso que, na teoria winnicottiana, a noção de crise equivale à de colapso. E como Winnicott desenvolve uma consistente teoria do colapso, a tendência é aplicá-la onipotentemente a determinada realidade crítica que se apresenta diante de nós. No lugar de destruir/apagar/queimar as pré-representações teóricas, o texto winnicottiano, ao invés de ser recriado, é “copiado”. Dessa forma, “domestica-se a angústia e a contratransferência”, resultando daí reações de onipotência.

Encaminhando-se para o fim do texto, Fédida volta – na verdade nunca daí se afastou – à questão da psicoterapia. A psicoterapia é uma cura psicanalítica complicada. Se a distinção entre psicanálise e psicoterapia se dá a partir de critérios formais ou administrativos, é claro que a psicoterapia não tem nada de psicanálise: quando o analista assina folhas de reembolso para seguros saúde; quando conversa com uma pessoa próxima do paciente; quando indica hospitalização; quando fala ao telefone etc.). Se o analista aceita a intervenção de um terceiro, seja ele quem for, categoriza seus atos como psicoterápicos (Fédida fala aqui da noção de terceiro interventor). O alargamento do ego do analista – que se manifesta ativamente através de explicações, conselhos, respostas

etc. – diminuiu, na verdade, o caminho que vai da análise em direção a uma psicoterapia.

Finalizando, Fédida constata como – pela referência aos casos-limite e às situações de crise – o campo clínico da psicanálise se estende, implicando na integração da dimensão terapêutica. É pela manutenção da referência à psicanálise que uma psicoterapia pode se manter psicanalítica – esta é uma condição necessária para se pensar um trabalho psicanalítico que exige criatividade técnica e teórica, onde um enquadre contratual é muitas vezes desrespeitado e onde as intervenções que aumentam o papel do terceiro, devem, *elas mesmas, se integrar como atos de interpretação*. Se alguém não analisado pode ter uma prática como esta ou pode justificar seu trabalho por uma “espécie de vestimenta conceitual mais ou menos de expressão psicanalítica” – isto seria psicoterapia ou uma prática de acompanhamento psicológico distante da psicanálise?

Fédida volta aqui à importância da psicanálise sob supervisão – tanto para acompanhar as intervenções que se apresentam agora sob forma de “respostas a um apelo”, como para ajudar o analista a voltar a ser analista nas ocasiões em que enrijece seu comportamento.

Uma das grandes dificuldades com pacientes-limite consiste na “familiarização da fala comunicacional e no enfraquecimento da receptividade da metáfora contratransferencial”. Mais próxima da sugestão do que da psicanálise, Fédida considera que tal prática – provocando uma retirada da situação psicanalítica em benefício da comunicação interativa – não poderia mais ser chamada de psicoterapia.

Risco no disco⁸ ou “Envelhecer é uma merda”

*Mais triste do que o que acontece
É o que nunca aconteceu.
Meu coração, quem o entristece?
Quem o faz meu?*

*Na nuvem vem o que escurece
O grande campo sob o céu.
Memórias? Tudo é o que esquece.
A vida é quanto se perdeu.
E há gente que não enlouquece!
Ai do que em mim me chamo eu!*

(F. Pessoa, 1929, p. 397)

8. O título é igual ao título de uma pequena coluna do caderno “Mais!” da *Folha de S. Paulo* de autoria de Ledusha.

Gostaria de utilizar como pretexto, ou pós-texto, para aprofundar esta reflexão sobre psicoterapia, uma pequena, e recente, história clínica.

Vejam bem: em alguns aspectos, essa história se distingue dos casos difíceis. De qualquer maneira, suscita muitas questões referentes ao trabalho que poderíamos mais adequadamente chamar de psicoterápico. Mas vamos lá...

A história começa pelo encaminhamento. Uma colega me diz que um paciente seu gostaria de “uma psicóloga” para sua mãe idosa, de 78 anos, que tinha púrpura e artrose, não saía mais de casa, e ultimamente vinha bebendo mais do que o esperado, acompanhada do marido que ela não suportava. A sugestão de psicoterapia não era muito bem recebida pela mãe. Como eu tinha experiência de atendimentos em condições especiais – tipo atender doentes em casa –, talvez eu me dispusesse a atender a senhora em casa. Minha colega me disse algo sobre “terapia de apoio”, o que, partindo dela, “analista séria?” – era uma indicação com uma certa ambigüidade quanto ao meu prestígio. Teria eu “habilidade” para a “prática menor?” Concordei gentilmente em atender, pensando com meus botões, que era um encaminhamento que dificilmente chegaria e que tinha algo de “forçar a barra” nessa história, já que o pedido vinha do filho e não da própria paciente. Em todo caso...

Passado algum tempo, o paciente de minha colega me ligou. Preocupada com o comportamento/envolvimento de minha futura paciente, perguntei se ela estava sabendo de seu telefonema e como se posicionava a respeito. Ele me respondeu que “cada dia ela pensava de um jeito” e numa última vez em que ele falara a respeito, ela concordara. Daí...

(Pensei nesses casos em que as crianças precisam ser “convencidas” a comparecer ao atendimento. Supus que a grande dificuldade no trabalho seria lidar com o provável não interesse da senhora. Pensei, um pouco desanimadamente, que não ia ser fácil. Mas pedi que conversássemos, eu e o filho, antes de eu “vê-la”.

Comecei a me surpreender já com o filho.

Quarenta e poucos anos, longos anos de análise, desses engenheiros que nunca foram ao Havai. Formal, racional, mas valorizando muito a psicanálise. Estava um pouco mais esperançoso, já que a mãe se dispusera a vir ao consultório; se animara afinal a sair de casa.

(Há alguns anos eu havia atendido uma senhora idosa, que havia sofrido um A.V.C., e que não “via” sentido em conversar comigo, não tinha assunto etc.

Tinha sido muito difícil e eu supunha que seria algo parecido com minha experiência do passado).

Uma senhora idosa que bebia e que era rebelde não combinava – no meu imaginário, é claro! – com um “visual de velhinha” e então imaginei uma senhora tipo longilínea, reclamando de não ter assunto.

Eis que me chega D. Helena (por que optei em chamá-la de dona?), uma senhora baixinha, uma “velhinha”, um pouco gordinha e falando “pelos cotovelos.” Os mesmos cotovelos que trazem marcas de sua doença (púrpura). Surpreendo-me também com sua inteligência, sua necessidade de me contar histórias alegres, dramáticas. É como se eu oferecesse algo que ela sempre necessitara. Muito sedutora, ela me dizia que aquele seu filho era o que mais gostava – e que presente lhe dera! Percebo que o encaminhamento não tinha o sentido fantasiado por mim – a psicoterapia como alternativa de fim de linha –, mas que fora sugerida por alguém que tendo anos de trabalho analítico, intuía as necessidades de sua mãe. (Ele me dissera que ela sempre tivera dificuldades e que agora elas pioraram etc.). Fico contente, acreditando que seria possível que minha paciente pudesse se apropriar daquele espaço.

Não pretendo, aqui, expor com detalhes o atendimento, nem discutir a dinâmica do caso. Meu objetivo é chamar a atenção para algumas questões que foram surgindo relacionadas à questão da psicoterapia. Faz-se psicanálise com uma senhora de 78 anos? É claro que se avaliarmos, como adverte Fédida, em termos formais, não será mesmo analítico uma conversa com o filho ou a possibilidade (aberta) de atendê-la em sua própria casa. O que mais me surpreende, na verdade, é adivinhar um pedido de psicanálise – apesar do enquadre psicoterápico – algo além de uma “terapia suportiva” ou “de apoio”. Vou explicar. D. Helena sempre foi uma mulher muito ativa, dirigindo seu próprio carro desde cedo, com uma vida relativamente independente do marido e cuidando praticamente sozinha de seus quatro filhos. Não dirige mais, por conta da artrose e porque seu carro foi dado à única filha mulher – sua principal rival junto ao marido. Passa o dia vendo TV e bebendo – ela não conta o quanto bebe; pela vermelhidão dos olhos, suponho que beba bastante – e se indispondo com o marido. Sua relação com ele é péssima. Ele a traiu com inúmeras mulheres, quase todas amigas ou parentes dela própria (muito espirituosa, ela diz: “ele “papou” todas as mulheres da minha família. Era para eu me sentir lisonjeada”). Aos onze meses de casados ele foge com uma prima, e a deixa num baile, na companhia de um colega “garanhão” que a estupra. Naquela noite, desesperada, ela pensa em se separar, mas pensa que seria um escândalo e que sua mãe e irmãos a vigiarão, não a deixariam sair etc. Ela opta em não se separar e nunca mais pensa nessa possibilidade. Mas, na verdade, ela reconhece que o que a vinculava a essa decisão foram as palavras do pai. Seu querido, adorador,

alegre pai lhe dissera um dia: “Você é criteriosa...” Ela reconhece que essa frase fora o seu melhor e pior presente, pois nunca mais se “libertara dessa obrigação”. Sua saída – ou não saída – foi transgredir o mandamento do pai “por baixo do pano”.

Além disso, seus pais impediram-na de casar com o namorado que gostava, para casar com seu marido que era “melhor de vida”. O namorado não aceito era “para menos” – seu pai lhe dissera.

Sua vida de casada foi, assim, palco de sucessivas e não escondidas traições (com cunhada, tia, prima etc.). Quando tinha trinta e poucos anos, após a morte da mãe – que dizia que a rejeitava –, começa a viajar ao Rio de Janeiro para encontrar o antigo namorado. Após algum tempo, tornam-se amantes. Ela diz: “A gente trepava, mas não era o mais importante. Nós saíamos e cantávamos (seu pai era músico) e conversávamos”. Muitas vezes ela me diz: “Éramos almas gêmeas”. Ela sempre me repete que lera em algum livro que geralmente quando um ama, o outro não; mas quando as duas pessoas se amam é como se o “sol parasse em sua órbita”.

Muitas vezes ela me repete suas lembranças! D. Helena está – o que se chama por aí – esclerosada. Seu filho já me falara sobre seus esquecimentos e sua filha impaciente me diz escondido: “ela esquece tudo”. Repete. Repete suas histórias. Repete sua mágoa, assim como sua felicidade interrompida.

Ela me diz: “Hoje eu vim aqui para falar de...” (e aí ela me repete uma história já relatada).

Fundamentalmente são três os “riscos no disco”.

A lembrança do estupro aos onze meses de casada. Dor e humilhação.

A primeira noite com seu amante. Ela me re-conta:

“Quando saí, olhei os olhos dele que eram azuis, a camisa azul, aquele céu azul do Rio de Janeiro. Que maravilha! Depois eu peguei a barca para Niterói e aquele céu lindo, eu paguei um ceguinho e pedi prá ele tocar *La cumparsita*. Ela me diz inúmeras vezes que é espírita, porque o deus dos espíritas é mais tolerante e ela vai dizer prá ele que ela não pecou ao ser adúltera, mas ao dormir com o marido! Por ser espírita também ela aprendeu a enxergar os seus sofrimentos como uma dívida de outra encarnação.

O outro grande risco (no disco) é a mágoa do marido. Ela sempre chega e diz: “Hoje eu vim prá falar como o Ruy (ruim) é uma pessoa horrorosa, a pior pessoa que eu conheci. Uma vez ele tirou os gatinhos de uma gata que eu tinha – logo eu, que adoro bichos! Isso foi pior que qualquer traição...”

A mágoa retorna. A insistência da mágoa. A mágoa rouba o seu pequeno (provável) futuro. “Morrer não me chateia. O que me chateia é o Ruy. O que acaba comigo é o Ruy”. A mágoa – o dramático risco – impede o disco de tocar. D. Helena não quer sair mais de casa, não quer passear. Magoada porque lhe

tiraram o carro, faz “greve de fome de viver”. O envelhecimento atualiza o colapso – agora inevitável – que não pôde ser vivido, graças aos “dribles”, às manobras existenciais eficazmente levadas a cabo por ela – ela me diz com orgulho: eu dirigia muito bem. “Onipotente e auto-suficiente” – lhe dizia o marido a seu respeito. Antes, auto-suficiência. Agora, a mágoa.

Ora, a repetição, a insistência da mágoa aprisiona o futuro, mas também *solicita a mudança de sentido*. E isso não é um pedido da psicanálise? Mas, por outro lado, existe o medo de constatar o não-vivido, de que seus próprios dedos possam “ter deixado a areia do tempo escapar”.

Eu não posso me esquecer de que ela me dissera num de nossos primeiros encontros: “envelhecer é uma merda!”

Um dia ela me pergunta:

“Você já subiu em árvore? Ah! Não sabe o que está perdendo! Eu adorava! Uma vez eu subi muito rápido numa árvore – uma jabuticabeira – e fiquei me deliciando com as jabuticabas. E na hora de descer, não conseguia, tive que achar o galho certo prá descer...”

Essa fala me impressionou muito, porque eu nunca imaginara que uma suposta “terapia de apoio” pudesse trazer tal riqueza de associações. (Uma coisa pouco valorizada no trabalho junto a casos difíceis: a associação livre!). Falei para ela que alguém que vivera tão agilmente a (árvore) vida, agora não sabia como descer da árvore. Ela me diz: “É não sei em que galho colocar o pé...” (Como envelhecer?) Ela ri e diz que sempre fora uma mulher pintuda (em outra sessão ela me dissera que se pudesse representar em imagem o marido, ela faria um pinto bem grande e, se, possível em ereção!). Eu falo que o difícil era viver sem pinto. Viver sem pinto era morrer: sua morte adiantada!

O que chamo a atenção aqui é para a premência/a urgência de um pedido; não de (semblante de) suporte (Ela me diz que não suporta quando uma de suas noras quer “animá-la levando a shoppings!¹⁰), mas de um pedido de mudança de sentido (como viver o envelhecimento? A morte? O que fazer com o não-vivido?). É um pedido de *holding*, tão especializado, que explicita o equívoco de uma concepção da psicoterapia como pouco profunda. É mesmo um pedido de suporte ancorado no simbólico – a necessidade de um nascimento antes de sua morte. (Lembro-me aqui do filme *O gosto de cereja* do cineasta iraniano Abbas Kiarostami. Como sair de casa desesperado, querendo se matar, se enforcando numa árvore e retomar à vida e saboreando cerejas dessa mesma árvore? Como se dá essa passagem/a transformação do sentido? Que longa travessia, na maioria das vezes, essa que conduz ao “gosto de cereja”!).

10. Isso nos remete ao equívoco de alguns trabalhos junto a idosos, baseados unicamente em “ocupações”.

Mas como isso é difícil! Se existe um pedido, também são grandes as resistências. Se existe uma necessidade urgente de “assunção da feminilidade”, por outro lado...

O risco arranha o disco, mas a senhora “paga um ceguinho para tocar *La cumparsita*. Será psicanálise... ?

(Dai-me – ó bondoso deus de D. Helena! – a clara luz e a distância exata para se enxergar a verdade necessária!)

Referências Bibliográficas

- BARROS, Manoel (1993). *O livro das ignoranças*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- FÉDIDA, Pierre (1992). “Crise et métaphore”, in *Crise et contra-transfert*. Paris, PUF.
- GREEN, André (1986). *Conferências brasileiras de André Green. Metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro, Imago.
- _____ (1974). “O outro e a experiência de *self*”(prefácio), in KHAN, Masud. *Psicanálise: Teoria técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- KHAN, Masud (1960). “Regressão e integração no *setting* analítico. Ensaio clínico sobre os aspectos transferenciais e contratransferenciais desses fenômenos”, in *Psicanálise: Teoria técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- _____ (1970). “Por uma epistemologia do processo de cura”, in *Psicanálise: Teoria técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- _____ (1971). “‘Ouvir com os olhos’: Notas clínicas sobre o corpo como sujeito e objeto”, in *Psicanálise: Teoria técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- _____ (1984). *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- LEITE, Eliana P. (1996). “Ressonâncias do objeto – o brincar e o espaço analítico: Fédida, Winnicott e o *fort-da*”. *Percurso Revista de Psicanálise*. São Paulo, Instituto Sedes Sapientiae, ano IX, nº 17.
- WINNICOTT, Donald W. (1955). “Variedades clínicas da transferência”, in *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- _____ (1962). “Os objetivos do tratamento psicanalítico”, in *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento*

Resumos

El pensamiento de Winnicott y de sus seguidores, nos ayuda mucho a lidiar con cuestiones importantes de la clínica contemporánea, especialmente las que se relacionan a los así llamados "casos difíciles" (casos-límite o patologías borderline). Sin embargo, en la actualidad asistimos a una "ideologización" de la teoría winnicottiana: una eliminación de su potencial de metáfora y transformación a partir de una sentimentalización excesiva que se une a la sustitución del pensamiento por dogmas y slogans.

En este artículo se propone una reflexión sobre los rumbos tomados por tal psicoanálisis (que se autodenomina winnicottiana). Además de algunos textos, incluso de Winnicott, el trabajo de Fédida, Crisis y contratransferencia, nos auxiliará en este objetivo.

La pensée de Winnicott et de ses émules est très importante quand il s'agit d'affronter les problèmes importants de la clinique contemporaine, notamment ceux qui touche à ce que l'on appelle les "cas complexes" (cas extrêmes ou pathologies d'états limites). Néanmoins, la théorie winnicottienne se voit de nos jours "idéologisée" par l'élimination de son potentiel métaphorique et par une transformation fondée autant sur une sentimentalisation exagérée que sur la substitution de la pensée par des dogmes et des clichés.

Cet article se penche sur le chemin suivi par une soi-disant psychanalyse winnicottienne. Outre divers textes, quelques-uns du propre Winnicott, nous nous appuyerons sur Crise et contretransfert de Pierre Fédida.

Winnicott's thought, as well as that of his followers, is of great help to handle important issues in the contemporary clinic, specially when dealing with the commonly called "difficult cases" (extreme cases or borderline pathologies). Nevertheless, the current elimination of its metaphoric potential and a transformation based on an immoderate sentimentalization together with the substitution of thinking for dogmas and clichés have "ideologized" Winnicott's theory.

This paper is intended to ponder the trends followed by a so-called Winnicottian psychoanalysis. In addition to a few texts, some by Winnicott himself, we will resort to Pierre Fedida's Crise et Contretransfert.