

Winnicott e a tradição ferencziana da elasticidade técnica

Luiza Moura¹, Porto Alegre

As contribuições teóricas de Winnicott, assim como as de seu antecessor Ferenczi, nasceram da prática e se desenvolveram unicamente em nome de seu ofício como psicoterapeuta. Os dois autores, tendo grande experiência em instituições, consideraram a importância do ambiente tanto no amadurecimento como na sua interrupção, ou seja, no adoecimento. As aproximações entre eles passaram pela retomada do valor do fator traumatogênico na etiologia dos quadros graves. Winnicott e Ferenczi valorizaram os cuidados efetivos dos adultos dirigidos à criança, além de compartilharem o pensamento de que a incapacidade dos adultos em se adaptar, e se tornar um cuidador, colocará a criança frente a exigências para as quais ela está despreparada. Os dois autores se preocuparam em expandir e adaptar a técnica para abarcar casos que poderiam ser considerados não analisáveis. Em concordância com seus pensamentos sobre a teoria do desenvolvimento e teoria do trauma, é natural que ambos tenham incluído, em seus escritos técnicos, o valor da presença real do analista, assim como novas contribuições para a compreensão e uso da transferência e da contratransferência. As possíveis composições entre conceitos de Winnicott e a tradição ferencziana da elasticidade técnica reafirmam que a psicanálise pode e deve vir em auxílio de pacientes que se situam nas fronteiras.

Palavras-chaves: Trauma; Elasticidade técnica; Resistência do analista; Sobrevivência do analista; Neocatarse; Regressão à dependência; Winnicott; Ferenczi

¹ Psicóloga e psicanalista dos Seminários Winnicott Porto Alegre – RS.
<https://orcid.org/0000-0002-3358-4677>

Caminhos da psicanálise:

Em fevereiro de 1896, em seu artigo *Hereditariedade e a etiologia das neuroses*, Freud propôs, pela primeira vez, o termo “psicanálise” (1896/1969a, p. 174). Pouco tempo depois, em abril do mesmo ano, ele apresentava a sua palestra *A etiologia da histeria* e, em maio, acabou por publicá-la. Neste texto, Freud via, na nova ciência, a possibilidade de oferecer auxílio a pacientes que representavam “casos de neurose grave que ameaçava tornar a vida impossível” (1896/1969b, p. 236).

Ou seja, é inegável que a psicanálise nasceu envolta por uma disposição de compreensão e de atendimento de quadros considerados difíceis. É sabido, porém, que, na medida em que as construções teóricas de Freud se afastaram da *traumatogênese* e valorizaram a fantasia e os conflitos intrapsíquicos para compreensão da etiologia dos distúrbios psicológicos, cada vez foi mais limitado o espectro de pacientes que poderiam se beneficiar com os rumos da técnica psicanalítica. A psicanálise se tornou, basicamente, uma terapêutica para indivíduos neuróticos, com condições de Ego suficientes para assumir amplas responsabilidades em relação ao seu tratamento.

Porém, há algumas décadas, psicoterapeutas e psicanalistas buscam a ampliação dos suportes teóricos e técnicos, uma vez que se percebem diante de uma demanda de pacientes apresentando complicações que vão além dos conflitos neuróticos. Alguns exemplos são as dificuldades em aderir ao tratamento e sintomas persistentes e de risco que se enquadram como compulsões à repetição, exigindo manejos diferenciados da transferência e levando o analista, constantemente, a impasses contratransferenciais.

A prática na clínica destes pacientes exige referenciais que estejam em sintonia com as necessidades de quem percebe o tratamento psicanalítico ou psicoterapêutico como o último recurso antes do suicídio ou do *breakdown* não assistido. Diante deste grande desafio, é fundamental que os analistas se sintam identificados e confortáveis com a linha de pensamento dos autores que poderão vir a lhes dar suporte.

Les enfants terribles

Os autores Sándor Ferenczi e Donald Winnicott – o primeiro, testemunha do alvorecer da nova ciência, na descentralizada Budapeste, e, o segundo, um

participante dos anos férteis e conflituosos da psicanálise, na fervilhante Londres – desenvolveram, cada um a seu tempo, proposições que sustentavam um *setting* flexível capaz de incluir pacientes graves.

Ao transporem suas reconsiderações sobre a teoria do desenvolvimento da criança para elaborar uma teoria das etiologias dos distúrbios e uma teoria da técnica, ambos tornaram-se referências importantes para uma clínica capaz de abarcar casos fronteiros. Por estes caminhos, os dois autores repassaram, para a clínica psicanalítica ou psicoterapêutica, a responsabilidade que perceberam existir no ato de cuidar de uma pequena criança.

As contribuições de Ferenczi foram precursoras no sentido de alertar para a necessidade de nos adaptarmos quando diante de uma criança e também quando, na condição de analistas, estivermos diante de nossos analisandos. Dois textos do autor húngaro, escritos nos últimos anos de sua vida, apontam diretamente para estas convicções, com títulos bastante sugestivos: *A adaptação da família à criança* (1928/1992a) e *Análise de crianças com adultos* (1931/1992d).

Ferenczi acreditava que a psicanálise tem uma dívida com a infância e com os aspectos infantis dos pacientes regressivos, na medida em que, historicamente, os analistas mantinham o vínculo de maneira prioritária com objetivos investigativos, oferecendo-lhes muito pouco em termos terapêuticos.

As proposições de Ferenczi e Winnicott, em termos de inovações e flexibilizações na prática psicanalítica, são razoavelmente difundidas, embora muitas vezes sejam apresentadas fora de um contexto teórico que lhes confira suporte. As contribuições técnicas dos dois autores, ao trazerem orientações de adaptação e elasticidade do *setting*, tem valor por estarem muito bem sustentadas em suas concepções do desenvolvimento primitivo; nas obras de ambos, existe uma coerência e uma interrelação direta e natural entre teoria e técnica.

Também é importante assinalar que suas recomendações enfatizando que o analista deve se manter consciente da exigência e da importância da tarefa que empreende, quando aceita pacientes graves em tratamento, são pouco lembradas.

Descolar as inovações técnicas das considerações originais em termos de desenvolvimento primitivo, desconsiderando as preocupações de ambos com o alto nível de responsabilidade do analista, coloca Winnicott e Ferenczi sob o risco de serem percebidos como analistas eminentemente intuitivos ou como *enfants terribles* da psicanálise, focados, acima de tudo, em mexer com estruturas, tendo pouco a contribuir.

Luiza Moura

A elasticidade técnica

De maneira recorrente, os dois psicanalistas reiteram, em seus textos, o papel fundamental das decisões objetivas do analista frente ao seu analisando. Especialmente quando Ferenczi propõe a *Elasticidade da técnica psicanalítica*, em 1928, momento em que expressa preocupações com o uso indevido das suas orientações técnicas, ou melhor, manifesta sua preocupação de que o analista incapaz utilize a desculpa da *elasticidade* para uma prática descomprometida. Ele escreve:

Mencionarei agora um problema que nunca foi suscitado até o presente momento, ou seja, uma eventual metapsicologia dos processos psíquicos do analista durante a análise. Seus investimentos oscilam entre identificação (amor objetual analítico), por um lado, e autocontrole ou atividade intelectual, por outro. (Ferenczi, 1928/1992b, p. 34)

Pouco adiante fica ainda mais claro o alerta: “No decorrer de sua longa jornada de trabalho, jamais pode abandonar-se ao prazer de dar livre curso ao seu narcisismo e ao seu egoísmo, na realidade, e somente na fantasia, por breves momentos” (p. 35).

Ciente de que suas novas contribuições técnicas exigem muito do analista, em seus últimos trabalhos, Ferenczi repetidamente volta ao tema da necessidade de análise do analista: “Não duvido de que tal sobrecarga – que, por outra parte, quase nunca se encontra na vida – exigirá cedo ou tarde a elaboração de uma higiene particular do analista” (p. 35).

Em seguida, o autor assinala que é fácil reconhecer terapeutas (e não terapeutas) mal analisados, pois eles “sofrem de uma compulsão para analisar” (p. 35). Ferenczi completa, dizendo que faz parte da análise terminada que o paciente tome para si a mesma “elasticidade” empreendida pelo seu terapeuta, tornando-se capaz de “desfrutar simplesmente a vida” (p. 35).

Sobre a complexidade do trabalho psíquico do analista, Ferenczi especifica:

Deixam-se agir sobre si as associações livres do paciente e, ao mesmo tempo, deixa-se a sua própria imaginação brincar com esse material associativo; nesse meio tempo, comparam-se as novas conexões com os resultados anteriores da análise, sem negligenciar, por um instante sequer o exame e a crítica de suas próprias tendências. (Ferenczi, 1928/1992b, p. 32)

A seguir, ele é bastante sucinto: “De fato, quase poderíamos falar de uma oscilação perpétua entre ‘sentir com’, auto-observação e atividade de julgamento” (p. 32).

Neste mesmo artigo, Ferenczi (1928/1992b) propõe o conceito de *tato* ou o *sentir com*.

Como se vê, com a palavra ‘tato’ somente consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é ‘tato’? A resposta a esta pergunta não nos é difícil. ‘Tato’ é a faculdade de ‘sentir com’. Se, com a ajuda do nosso saber, inferido da dissecação de numerosos psiquismos humanos, mas sobretudo da dissecação do nosso próprio eu, conseguirmos tornar presentes as associações possíveis ou prováveis, que ele ainda não percebe, poderemos – não tendo, como ele, de lutar com resistências – adivinhar não só seus pensamentos retidos mas também as tendências que lhe são inconscientes”. (p. 27)

Ele segue refletindo:

Sem dúvida alguma... se aproveitarão de minhas proposições acerca da importância do ‘sentir com’ para enfatizar, no tratamento, o fator subjetivo, isto é, a intuição, e subestimar o outro fator que sublinhei como sendo decisivo, a apreciação consciente da situação dinâmica. (...) Privar o ‘tato’ de seu lado místico era justamente o motivo principal que me levava a escrever este artigo; mas admito ter simplesmente abordado o problema sem tê-lo resolvido. (p. 36)

E o psicanalista húngaro conclui, referindo novamente que a única base confiável para uma boa técnica analítica é a análise avançada do analista, pois, neste contexto, os processos do *sentir com* e de avaliação não se desenrolarão eminentemente no inconsciente, mas no nível pré-consciente, com fácil acesso à consciência. Ou seja, para Ferenczi, é essencial que o analista não perca a capacidade de decisão objetiva como forma de amenizar ao máximo os riscos de agir em nome de suas próprias paixões ou necessidades, perdendo de vista seu analisando. *Tato*, para Ferenczi, é algo além da empatia, por que, necessariamente, inclui uma prática. É um processo absolutamente ativo que nasce no interior do analista e vai determinar sua conduta terapêutica.

Luiza Moura

Atitude profissional

Com uma orientação próxima às observações de Ferenczi, em 1960, Winnicott escreveu: “O psicoterapeuta (analista ou psicólogo analista) deve permanecer vulnerável e ainda assim reter seu papel profissional durante suas horas de trabalho” (p. 147).

No artigo *Contratransferência* (1960/1990a), Winnicott volta a fazer a recomendação já realizada em 1947, quando escreveu *O ódio na contratransferência*: “o uso da palavra contratransferência deveria ser para descrever a anormalidade nos sentimentos, relacionamentos e identificações estabelecidas, que estão sobre repressão no analista. O comentário que isto suscita é de que o analista precisa de mais análise” (p. 145).

Neste mesmo texto, Winnicott segue valorizando a importância da análise pessoal do analista:

Não estou dizendo que a análise do próprio analista é para livrá-lo de neurose; sua finalidade é aumentar a estabilidade de caráter e a maturidade da personalidade do profissional, sendo esta a base de seu trabalho e de nossa habilidade de manter um relacionamento profissional. (1947/2000, p. 147)

O tema da *atitude profissional* recebe grande destaque neste artigo. Mais adiante, Winnicott recomenda que, ao nos encontrar, o paciente encontre uma atitude profissional do analista, “não a do homem ou mulher não confiável que costumamos ser na vida privada” (p. 148).

A saúde psíquica do analista está no centro de suas preocupações quando o autor segue dizendo:

Quero afirmar que o analista no trabalho está em um estado especial, isto é, que sua atitude é profissional. O trabalho é feito em uma situação profissional. Nesta situação presumimos o analista livre da personalidade e distúrbio de caráter em tal grau que o relacionamento profissional não pudesse ser mantido, ou o pode somente a muito custo, envolvendo defesas excessivas. (1947/2000, p. 148)

A atitude profissional favorece que o analista não se perca de sua responsabilidade: ele reconhece a assimetria e o poder que lhe é conferido, tem o compromisso de estar alerta para perceber as necessidades do seu paciente e tomar as decisões terapêuticas que ninguém mais poderá tomar. Ou seja, o analista deve

se abandonar à influência de seu paciente e, ao mesmo tempo, estar sempre pronto para recobrar a consciência plena. Diante de tais exigências, a saúde psíquica do terapeuta será primordial como instrumento de trabalho, garantindo assim que ele possa transitar entre o subjetivo e o objetivo.

Saúde psíquica é considerada como sinônimo de capacidade simbólica, ou seja, recursos adquiridos no decorrer de nossa vida e que nos fizeram livres o suficiente para circularmos *dentro, fora e nas bordas*. Experiências que nos tornaram confiantes a ponto de encontrarmos outras saídas que não sejam as defesas onipotentes (arrogância, onipotência, retaliação, narcisismo, confronto...), dotando-nos de intimidade com o mundo dos símbolos, presenteando-nos com refúgios internos, *antessalas* nas quais podemos refletir antes de agir sobre nossos pacientes. Muitas vezes, a decisão mais acertada é nos calarmos ou falarmos algo com um conteúdo simples, aparentemente inócuo, com o objetivo singelo de demonstrarmos que estamos presentes e que recebemos a comunicação.

A importância da avaliação

Ainda no artigo *Contratransferência*, Winnicott (1960/1990a) ressalta, além da importância da atitude profissional, o valor da reflexão sobre hipóteses etiológicas e a classificação dos distúrbios dos pacientes para que, a partir daí, seja traçado um plano terapêutico. Ou seja, quanto mais o diagnóstico do paciente exigir a nossa adaptação, mais seremos chamados à responsabilidade.

Seguindo no texto *Contratransferência*, Winnicott descreve o paciente regredido em tratamento e faz referência ao nível extremo de dependência que aí poderá se estabelecer. Caso o *setting* se mostre confiável o suficiente, é provável que o *self* verdadeiro oculto aflore a partir de um colapso. O autor faz mais um alerta: “o analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo que identificado ou mesmo fundido com o paciente” (p, 149).

De maneira inevitável, o tema das inovações técnicas propostas por Ferenczi e Winnicott passa pela necessidade de avaliação da gravidade do caso. Porém, penso que justamente a saúde psíquica do analista e a sua análise pessoal irão favorecer que ele reconheça os pacientes limítrofes e tenha objetividade para tomar a primeira grande decisão: encaminhar o caso ou tomá-lo em terapia.

Um terapeuta fará muito mal a si mesmo e ao analisando se não conseguir avaliar quais são as necessidades que se impõem, refletindo se é capaz, naquele momento específico, de atender aquele paciente. Sobre isto, Winnicott escreve, em 1954, em *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting*

Luiza Moura

psicanalítico: “Surge a questão: o que fazem os analistas quando a regressão (mesmo em quantidade diminuta) ocorre? Alguns dizem rudemente: ‘sente-se direito! Puxe suas meias! Volte! Fale!’ Mas isto não é psicanálise” (Winnicott, 1954/1993, p. 476).

Ao aceitar atender um paciente com características regressivas, é fundamental que o analista seja capaz de uma elasticidade pessoal e íntima que favorecerá a *elasticidade da técnica*, sem demasiado esforço ou sem risco de que o “elástico” se rompa. Esta *elasticidade técnica* inevitavelmente retira do centro a regra da *associação livre*, colocando em evidência a *necessidade da análise pessoal do analista*.

Tanto Winnicott como Ferenczi reconhecem que a primeira regra fundamental da psicanálise, a *associação livre*, é de grande utilidade para os casos de pacientes neuróticos, quadros aos quais Winnicott referiu-se como *pacientes com personalidade intactas* ou, ainda, *pacientes em que as suas mães já fizeram boa parte do nosso trabalho*.

A neocatarse, repetição e contraste

Em 1929, Ferenczi escreve o texto conhecido como *Princípio do relaxamento e neocatarse*, que teve como título original *Progresso da técnica psicanalítica*. Neste artigo, ele claramente menciona a necessidade de alteração da técnica para que a psicanálise se torne útil no tratamento de pacientes em que o trauma real se apresenta como etiologia de sua doença. Inicialmente, o autor comenta sobre a aparente contradição entre o título *Progressos* e a sua proposta de retorno a um conceito negligenciado, a *traumatogênese*. Nas suas palavras:

essa impressão se dissipará rapidamente, espero, quando se pensar que o retorno a uma tradição mais antiga, injustamente negligenciada, pode igualmente favorecer a verdade; e penso francamente não ser paradoxal, em tais casos, apresentar como progresso científico o fato de enfatizar o que é antigo. (Ferenczi, 1930[1929]/1992c, p. 53)

Assim, o analista húngaro inicia a apresentação da proposta em oposição à sua *técnica ativa*, a qual fez parte dos experimentos técnicos que realizou entre 1918 a 1926, e que era baseada no ataque direto aos sintomas, na brevidade dos tratamentos e nas abordagens a partir de proibições e frustrações.

A reconsideração da importância do trauma na etiologia dos quadros graves

trazia consigo a necessidade de retomada do valor da *catarse* no processo analítico. Ferenczi passa a relatar suas novas experiências em atendimento de pacientes com traumas importantes:

Em certos casos, esses acessos histéricos assumiam as proporções de um verdadeiro estado de transe, no qual fragmentos do passado eram revividos, e a pessoa do médico era então a única ponte entre o paciente e a realidade (...) No relaxamento, os sintomas histéricos corporais conduziram, às vezes a estágios do desenvolvimento em que, não estando o órgão do pensamento completamente formado, só eram registradas as lembranças físicas. (Ferenczi, 1930[1929]/1992c, pp. 64-65)

É interessante observar como existe uma conexão entre a *catarse* e a *traumatogênese* e a técnica da *associação livre* e os quadros neuróticos oriundos de conflitivas sexuais endógenas. Sobre isto, o próprio Freud, em *Um estudo autobiográfico* de 1925, refere:

Seu valor [da catarse] como método foi revelado novamente por Simmel [1918] em seu tratamento das neuroses de guerra no exército alemão, durante a Primeira Guerra Mundial. A teoria da catarse não tinha muito a dizer sobre o tema da sexualidade. Nos casos clínicos com que contribuí para os Estudos, os papéis sexuais desempenhavam certa função, mas quase não se prestou mais atenção a elas do que a outras excitações emocionais. (Freud, 1925[1924]/1969d, p. 34)

Ferenczi (1930[1929]/1992c) logo percebeu que, se a indução de uma catarse favorecia uma melhora passageira de seus pacientes, a técnica deveria receber ajustes. A vasta experiência clínica de Ferenczi com pacientes graves e a sua disposição para tratá-los adequadamente conduziu-o à resposta: “(...) no decorrer da análise desta paciente pude observar a capacidade do relaxamento para transformar a tendência à repetição em rememoração [talvez fosse preferível, ‘memoração’]” (p. 66). Seguindo no texto, o autor percebe a mudança de atitude que fez a catarse tornar-se algo que ele batizou de *neocatarse*:

Enquanto ela me identificava com seus pais de coração duro, a paciente repetia constantemente suas reações de desafio; mas quando deixei de fornecer-lhe a ocasião, começou a distinguir o presente do passado e, após

Luiza Moura

algumas explosões de natureza histérica, passou a lembrar-se dos choques psíquicos que sofrera em sua infância. (Ferenczi, 1930[1929]/1992c, p. 67)

E assim ele resume a sua descoberta: “A semelhança entre a situação analítica e a situação infantil incita mais, portanto, à repetição; o contraste entre as duas favorece a rememoração” (Ferenczi, 1930[1929]/1992c, p. 67).

Desta forma, o autor propunha a conduta central para tratamento de pacientes difíceis: a pessoa real do analista, responsável por acolher e dar crédito à vivência traumática, marcará a diferença entre a vida atual e o passado insuportável.

No seu último artigo escrito em 1932, *Confusão de línguas entre os adultos e a criança*, Ferenczi faz referência aos dois momentos do trauma, propondo que o trauma que gera uma *comoção psíquica* seja bifásico. A primeira cena é a do abuso e a segunda cena é da desmentida, ou seja, a criança não encontra em sua realidade alguém capaz de acolhê-la e protegê-la do agressor. De acordo com Ferenczi, nós, psicoterapeutas e analistas, somos certamente incapazes de oferecer ao paciente tudo o que lhe caberia ter recebido em sua infância, mas, ao menos, podemos vir agora em seu auxílio, como alguém capaz de dar crédito à sua história. Ao acreditar no relato do nosso paciente, favorecemos que a sua vivência seja reconduzida à realidade objetiva, o trauma se torna memória, integra a cadeia associativa e deixa de pairar sobre a sua vida como um fantasma atemporal.

Estes pacientes graves apresentam-se em outro campo transferencial, pois o campo de trabalho da análise não se dará a partir de uma neurose de transferência. A pessoa real do analista – ainda que, muitas vezes, não seja percebida como tal – será imprescindível para que a análise alcance êxito. Estes homens e mulheres, os quais a *traumatogênese* levou a um adoecimento, não se beneficiariam de interpretações simbólicas – que teriam o objetivo de ceder às resistências dos pacientes neuróticos, fazendo com que os sintomas saiam de cena e surja o espaço para que o material recalcado venha à tona –, o que eles necessitam é de algo que se inaugure na realidade, uma presença confiável e um cuidado efetivo.

Ferenczi vai alertar para que a atitude fria do analista, ou mesmo as interpretações de confronto, sejam evitadas para não gerar resistências inúteis no paciente.

(...) uma questão de ‘tato’ psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar

outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. (1928[1927]/1992b p. 27)

A confiabilidade e a regressão à dependência

É fácil de observar como as orientações técnicas de Ferenczi (1930[1929]/1992c) sobre o *relaxamento* e a *neocatarse* possuem relação com as contribuições de Winnicott (1954/1993) acerca da “regressão à dependência” (p. 459).

Os dois psicanalistas perceberam que o paciente grave que chega para tratamento só poderá ser beneficiado se for estabelecida uma consistente confiabilidade capaz de levá-lo a uma “repetição do trauma numa presença confiável” (Ferenczi, 1932/1992e, p. 100) ou a uma *regressão à dependência*. Neste contexto, uma extrema vulnerabilidade será revivida e, se tudo correr bem, pela primeira vez será também experimentada. É uma relação de risco para ambos os lados, analista e analisando, mas é o único caminho encontrado por Ferenczi e Winnicott. As exigências ao analista são muitas e profundas, assim como o risco para o paciente é grande, mas as contribuições destes dois autores mostram-se coerentes, bem sustentadas em termos teóricos e comprometidas com o objetivo de oferecer psicoterapia para quem a procura.

Nestes casos, conforme Winnicott, o *setting* torna-se mais importante do que a interpretação. O autor está nos dizendo sobre a importância da continuidade e previsibilidade do *setting*, que é mantido pela ação do analista, mas o paciente pode não estar pronto para saber disto. Esta constância favorece a regressão à dependência, na esperança de que agora exista a possibilidade de se entregar a *estados não-integrados*. Caso o analista se mantenha vivo e previsível, depois da regressão, será possível um início de progressão verdadeira, com “a sensação, por parte do paciente, de um novo sentido de *self*, e o *self*, até então oculto, rendendo-se ao ego total” (1954/1993, p. 470).

Para o autor britânico, o “medo do colapso é medo de algo que já aconteceu” (Winnicott, 1963/1994a, p. 72). O que já aconteceu para tais pacientes graves é a vivência original de um *estado não-integrado* quando não existia ainda uma sustentação para esta *não-integração*. A saída, naquele momento, foi a *desintegração*, a doença como uma reação para a imprevisibilidade do ambiente. Nas palavras do autor, “a vivência original da agonia primitiva não pode cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e de seu controle onipotente, agora, com o apoio do ego

Luiza Moura

auxiliar do analista” (1963/ 1994a, p. 73). Com a *regressão à dependência* dentro de um *setting* confiável, torna-se possível a experiência de *não-integração* e uma posterior progressão, sem a necessidade de uma organização rígida de defesas.

Sobre a resistência do analista e a interpretação

Diante de tantos desafios comuns à clínica de pacientes graves, Ferenczi e Winnicott irão se preocupar não apenas com a resistência do paciente, mas, talvez acima de tudo, com a resistência capaz de ser suscitada no interior do analista. São mecanismos que poderão surgir diante da necessidade de extremos cuidados do paciente e de sua incapacidade de reconhecer a presença do analista. Para alguns analistas, não ser reconhecido pelo paciente conduz a tal nível de ansiedade que a capacidade de pensar poderá ser afetada por toda a sorte de reações desesperadas, tais como fantasias persecutórias, reabertura de feridas narcisistas e ímpetos retaliativos.

Nestas circunstâncias, o recurso da interpretação pode ser uma arma perigosa subordinada às paixões e às necessidades inconscientes do analista.

Ferenczi (1930[1929]/1992c) assim se refere à interpretação: “Ser parcimonioso nas interpretações, em geral, nada dizer de supérfluo, é uma das regras mais importantes da análise” (p. 33). E vai além, referindo-se aos analistas que se excedem: “o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista” (p. 33). Ferenczi conclui: “Quando se resolve as resistências do paciente pela análise, chega-se algumas vezes, na análise, a estágios em que o paciente realiza todo o trabalho de interpretação quase sozinho, ou apenas com uma ajuda mínima” (p. 33).

São visíveis as aproximações existentes entre as recomendações de Ferenczi e Winnicott acerca da interpretação. Todos sabemos que, para Winnicott, não há interpretação boa fora do tempo do paciente.

Reunindo as contribuições dos dois autores, podemos pensar que o compromisso maior do analista é criar um campo confiável, onde as resistências cedam e o paciente inicie um movimento sensorial de contato com estados mais regressivos. Em tal contexto, aumentam as chances de que o próprio analisando viva a experiência de chegar sozinho à interpretação, a qual se apresentará apenas no momento em que ele seja capaz de criá-la.

Winnicott assim se expressa, em *O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações*, de 1968:

(...) foi somente nos anos recentes que me tornei capaz de esperar pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no *setting* psicanalíticos e evitar romper este processo natural efetuando interpretações (...) Estarrece-me pensar quantas mudanças profundas impedi ou retardei, em pacientes situados em certa categoria classificatória, pela minha necessidade pessoal de interpretar (...) Se pudermos esperar, o paciente chega ao entendimento de modo criativo e com imensa alegria, e eu hoje desfruto dessa alegria mais do que costumava desfrutar da sensação de ter sido arguto. (Winnicott, 1968/1994c, p. 171)

Esta circunstância especial é, segundo Winnicott, de grande valor terapêutico. Para o analista britânico, a interpretação (ou intervenção) tem importância desde que usada em um contexto no qual o analista se mantenha *pouco visível*, o que pressupõe a sua capacidade de suportar o não reconhecimento e a *ingratidão* de seu analisando.

Uma das funções da interpretação (ou intervenção) seria simplesmente acenar para o analisando, mostrando que a sua comunicação foi recebida. No trabalho *A interpretação na psicanálise*, também de 1968, Winnicott escreve:

O propósito da interpretação deve incluir um sentimento que o analista tem de que uma comunicação foi feita, uma comunicação que precisa ser reconhecida. Esta é talvez a parte importante da interpretação, mas este intuito muito simples acha-se amiúde escondido entre um monte de outras questões. (Winnicott, 1968/1994b, p. 164)

Além de salientar que a função da interpretação seria objetivar o reconhecimento de uma comunicação, Winnicott aponta outra circunstância em que uma interpretação (ou intervenção) deve ser feita: devolver ao paciente algo que uma parcela *cindida* ofereceu ao analista. O autor sugere que, a partir desta porção *quebrada*, algo de verdadeiro pode estar sendo entregue ao analista, e, quando o analista a devolve, em uma circunstância específica, a interpretação será recebida pela pessoa total do paciente que, então, teria emergido. Neste segundo caso, a interpretação é de grande valor na recuperação ou construção de um sentido de integridade do Ego.

Winnicott sabe bem que suas observações sobre bons motivos para interpretar não fazem sentido para analistas que tenham dificuldade em abrir mão de expor as suas habilidades simbólicas e conhecimentos psicanalíticos, assim como de receber reconhecimento por estas aptidões.

Luiza Moura

O autor, na passagem abaixo, fala do perigo da instrução que os analistas recebem acerca do emprego de símbolos e da sua ânsia narcísica em se expressar:

Como um exemplo disto, se poderia tomar uma interpretação do tipo ‘os dois objetos brancos no sonho são os seios’, etc. Tão pronto o analista tenha embarcado neste tipo de interpretação, ele trocou a terra firme e acha-se agora em uma área perigosa onde está utilizando as suas próprias ideias, e estas podem estar erradas do ponto de vista do paciente, no momento. (Winnicott, 1968/1994b, p. 164)

No mesmo artigo, Winnicott faz uma terceira observação sobre o uso e o valor da interpretação: ao devolver a interpretação, o analista oferece a oportunidade para o paciente corrigir os mal-entendidos.

No texto *Elasticidade da técnica psicanalítica*, de 1928, Ferenczi já apresentava uma ousada e divertida passagem acerca da falibilidade do entendimento do analista: “Todas as nossas interpretações devem ter mais o caráter de uma proposição do que de uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente, mas também porque podemos efetivamente estar enganados” (Ferenczi, 1928/1992b, p. 31). No decorrer do parágrafo, ele se mostra bastante flexível a respeito de qualquer possível reconsideração ao dizer:

O tão antigo costume dos comerciantes que consiste em acrescentar ao fim de cada fatura a marca ‘S. E.’, ou seja, ‘salvo erro’, também deveria ser adotado a propósito de cada interpretação analítica. Do mesmo modo, a confiança em nossas teorias deve ser apenas uma confiança condicional, pois num dado caso talvez se trate da famosa exceção à regra, ou mesmo da necessidade de modificar alguma coisa na teoria em vigor até então. (Ferenczi, 1928/1992b, p. 31)

No entanto, Ferenczi e Winnicott sabiam que há forte oposição a um tipo de interpretação que simplesmente acolhe, repete ou oferece uma proposição, eis que estas orientações podem gerar sensações de inutilidade no analista. Sobre o tema, o autor britânico reflete: “os analistas gostam de exercer as habilidades que adquiriram e têm muito que podem dizer a respeito de qualquer coisa que apareça” (Winnicott, 1968/1994b, p. 165).

Mais um elemento que desfavorece as orientações de Ferenczi e Winnicott é que, historicamente, os analistas são instruídos a ver as possíveis correções de

seus analisandos como expressões diretas de resistências contra o bom andamento da análise.

Winnicott alerta para um outro risco de fracasso na análise de pacientes graves mal classificados e, conseqüentemente, “maltratados” pela inabilidade do analista em se adaptar às necessidades reais de seu analisando:

Existe aqui um grande perigo, porque a interação pode ser agradável e até mesmo excitante e fazer tanto o paciente quanto o analista sentirem-se muito gratificados. Apesar disso, existe apenas uma certa distância até onde o analista pode, com segurança, levar o paciente mais além do lugar em que este já se encontra. (1968/1994b, p. 165)

Em *Teoria do relacionamento paterno-infantil*, de 1960, Winnicott assim apresenta as suas preocupações com certas posturas interpretativas:

Deste modo o analista em treino muitas vezes faz análise melhor do que o fará passados alguns anos, quando ele souber mais. Quando tiver tido diversos pacientes ele começará a achar entediante ir tão devagar como o paciente vai, e começará a fazer interpretações baseadas não no material fornecido em um dia especial pelo paciente, mas em seu conhecimento próprio acumulado ou em sua adesão no momento a um grupo particular de ideias. Isto é inútil para o paciente. O analista pode parecer muito esperto, e o paciente pode expressar admiração, mas no final a interpretação correta é um trauma, que o paciente tem que rejeitar, porque não é sua. (Winnicott, 1960/1990b, p. 50)

Cabe aqui lembrar a carta de Winnicott à Melanie Klein, de 1952, na qual, entre outras observações valiosas, ele faz uma crítica ao trabalho apresentado por um colega na Sociedade Britânica:

O pior exemplo talvez tenha sido a dissertação de C, em que ele simplesmente ficou jogando de um lado para o outro uma porção daquilo que veio a ser conhecido como as coisas de Klein, sem dar a menos impressão de possuir uma apreciação dos processos pessoais do paciente. (Winnicott citado por Rodman, 1987/1990, p. 31)

Completa com uma metáfora esclarecedora: “A sensação foi de que, se ele estivesse cultivando um narciso, pensaria estar fazendo um narciso a partir de um bulbo, e não capacitando o bulbo a se desenvolver num narciso através de

Luiza Moura

tratos satisfatórios” (Winnicott citado por Rodman, 1987/1990, p. 31). O autor assinala que, se existir uma dificuldade do analista em reconhecer pacientes graves, ele poderá tentar entendê-los em uma orientação teórica com prevalência dos conflitos edípicos, por exemplo. Estes analistas fazem seu trabalho por meio de “uma associação livre através de palavras, interpretação através de palavras, não tranquilizam o paciente” (p. 31).

Contudo, Winnicott (1954/1993) também se preocupa com os analistas que *agem intuitivamente*. E completa:

Aqui surge a ideia da psicanálise como uma arte. (...) A ideia da psicanálise como arte deve gradualmente ceder lugar a um estudo da adaptação ambiental relativa às regressões dos pacientes. (...) Um analista pode ser um bom artista mas (como tenho me perguntado): que paciente deseja ser o poema ou o quadro de outra pessoa? (pp. 476, 477)

Alguns anos antes, em 1946, em uma carta para Ella Sharpe, Winnicott escreveu:

não tenho muita certeza se concordo com sua opinião de que a psicanálise seja uma arte. Há algo que a senhorita quer comunicar, a partir de sua vasta experiência, e que expressa deste modo. Mas quanto a mim, gosto do trabalho psicanalítico verdadeiro mais do que dos outros tipos, e o motivo de certo modo está ligado ao fato de que na psicanálise a arte ocupa um espaço menor e a técnica baseada em considerações científica um espaço maior. (Rodman, 1987/1990, p. 9)

Estas considerações de Winnicott sobre a psicanálise como arte estão baseadas em sua persistente preocupação de que a subjetividade do analista ocupe demasiadamente a cena. A intuição, segundo Winnicott, conduziu-o a grandes acertos, mas também aos seus maiores erros.

Winnicott e Ferenczi fazem repetidas observações sobre a importância da saúde mental do analista, levando em conta que uma adaptação do analista, no sentido de favorecer que o *setting* seja uma metáfora dos cuidados maternos, exige-lhe muito. Os dois autores relembram constantemente o valor da análise do analista, alertando para que este reconheça e se aproprie de seus sentimentos contratransferenciais.

A importância da sobrevivência do analista

Em suas reflexões sobre o desenvolvimento da criança, Winnicott observa, em um extremo, as dificuldades das mães ou cuidadores que, por terem defesas muito rígidas, não suportam abandonar-se a estados não-integrados para se conectar com seu bebê. Em outro extremo, observa também as mães que entram em estados regressivos profundos, difíceis de serem revertidos, e assim estabelecem uma inversão da relação de dependência com o pequeno bebê.

Em suas contribuições sobre técnica, ele estenderá estas mesmas preocupações em direção aos analistas que se encontram diante de pacientes graves. Tanto o exagero da postura assertiva do analista, que precisa ter a própria autoridade reconhecida, como a postura sedutora do analista, que busca ser amado a qualquer custo, serão bastante prejudiciais para o bom andamento da psicoterapia. Em ambos os casos, a análise estará sendo conduzida pela doença do terapeuta.

Quando o analista, por dificuldades pessoais, não consegue avaliar e nem se adaptar às necessidades do paciente, tanto Winnicott quanto Ferenczi denunciam o risco de que se estabeleça uma *análise baseada na submissão* (Ferenczi, 1932/1992e) ou uma *análise do tipo falso self* (Winnicott, 1960/1990c). Ambos alertam que, no caso do analista se deixar guiar por suas necessidades pessoais ou por suas paixões, existe o perigo iminente da análise reproduzir a cena traumática que justamente levou o analisando a buscar ajuda e, neste ponto, para ele será quase impossível protestar contra esta repetição.

No trabalho *Confusão de língua entre os adultos e as crianças*, de 1932, o autor húngaro assinala os riscos daquilo que ele denomina de *hipocrisia profissional*, algo que basicamente diz respeito a diversas posturas do analista para manter a autoridade ou sustentar seu narcisismo, posturas estas em que ele repassa a responsabilidade para o analisando, através de interpretações, negações e descréditos, por exemplo.

Em concordância com as suas orientações em relação à transferência e à contratransferência, Ferenczi apresenta a metáfora do *João-Teimoso* (João-Bobo) como uma orientação aos analistas de pacientes graves:

Com efeito, é compreensível, desde o início, que a resistência do paciente não perca nenhuma oportunidade que se lhe ofereça (...) ao espirmarmos ou ao assoar-mo-nos com demasiado estrépito, ofendemos eventualmente o paciente em seus sentimentos estéticos, quando foi chocado pelo formato do nosso rosto, ou quando resolveu comparar a nossa estatura à de pessoas, muito mais imponentes. – Em numerosas ocasiões já tentei mostrar como o

Luiza Moura

analista no tratamento deve prestar-se, às vezes durante semanas, ao papel de ‘João-Teimoso’. (...) Todo indicio de despeito, ou de sentimento de afronta por parte do médico, prolonga a duração do período de resistência (...) colheremos mais cedo ou mais tarde a recompensa bem merecida de nossa paciência, sob a forma de uma nascente transferência positiva. (Ferenczi, 1928[1927]/1992b, p. 30)

O tema do *João-Teimoso* encaminha-nos para o conceito de *sobrevivência do analista* de Winnicott (1968/1994c), nas suas palavras:

No ponto do desenvolvimento que se acha em exame, o sujeito está criando o objeto no sentido de criar a própria externalidade, e tem de se acrescentar que esta experiência depende da capacidade que o objeto tenha de sobreviver. (É importante que, neste contexto, sobreviver signifique não retaliar). Se for numa análise que estas coisas estão acontecendo, então o analista, a técnica analítica e o *setting* analítico, todos eles entram nisto como sobrevivendo ou não sobrevivendo aos ataques destrutivos do paciente. Esta atividade destrutiva é a tentativa que o paciente faz de situar o analista fora da área de controle onipotente, isto é, do lado de fora, no mundo. (p. 175)

A possibilidade de destruir em fantasia o objeto e vê-lo sobreviver no mundo objetivo (ou seja, poder atacar o *João-Teimoso* e vê-lo retornar intacto) estabelece a confiança do paciente no mundo externo – e a confiança em si próprio – como alguém livre para fantasiar, alguém capaz de odiar e amar, alguém que se diferencia do outro e percebe que ambos se mantêm inteiros e íntegros.

Winnicott segue:

Na prática psicanalítica, as mudanças positivas que ocorrem nesta área podem ser profundas. Elas não dependem do trabalho interpretativo, mas sim da sobrevivência do analista aos ataques, que envolve e inclui a ideia de uma ausência de uma mudança de qualidade para a retaliação. Estes ataques podem ser muito difíceis de serem suportados pelo analista [...] O analista tem vontade de interpretar, mas isto pode estragar o processo e, para o paciente pode parecer uma espécie de autodefesa, com o analista desviando o ataque do paciente. (1968/1994c, p. 175)

Intervenções na transferência

Alguns anos mais tarde, Fédida desenvolve suas ideias na mesma direção. Em seu livro *Clínica psicanalítica: estudos* (1988), o autor escreve que a cena da interpretação da transferência pode ter um sentido de abuso. O *adulto* seduz e, diante da *criança seduzida*, defende-se ao se ausentar: *eu não faço parte disto, isto é entre você e suas fantasias*.

A partir destas preocupações e contribuições de Ferenczi, Winnicott e Fédida, é possível pensar que o contraponto da interpretação da transferência seria a *intervenção na transferência*. É uma circunstância em que o analista não rompe o jogo ou, seguindo a ótica de Fédida, o analista consegue não romper a *circularidade afetiva* ao se manter presente e comprometido.

Temos exemplos de vinhetas clínicas nas quais Ferenczi e Winnicott apresentam *intervenções na transferência*. Em *Análise de crianças com adultos* (1931/1992d), o autor húngaro faz o seguinte relato:

um paciente na plenitude da vida, decide-se, após ter superado fortes resistências, mormente uma intensa desconfiança, a fazer reviver os acontecimentos da sua infância. (...) De repente, a meio de seu relato, passa-me um braço em redor do pescoço e murmura-me ao ouvido: ‘Sabe, vovô, receio que vou ter um bebê...’ tive então a feliz ideia, parece-me, de nada dizer de imediato sobre a transferência ou alguma coisa do gênero, mas de lhe devolver a pergunta no mesmo tom sussurrado: ‘Ah, sim, por que é que você pensa isto?’ Como veem, deixei-me levar para um jogo inteiramente análogo aos processos que nos descrevem os analistas de crianças. (p.72)

Em *Confusão de língua entre os adultos e a criança*, 1932, Ferenczi faz uma autocrítica e revela o que vem descobrindo com sua experiência:

esses pacientes me ensinaram termos uma tendência excessiva a perseverar em certas construções teóricas e a deixar de lado fatos que abalariam nossa segurança e autoridade. Em todo o caso, fiquei sabendo por que éramos incapazes de agir sobre os acessos histéricos, o que me permitiu finalmente obter êxito. Encontrava-me na mesma situação daquela dama espirituosa que, na presença de uma de suas amigas em pleno estado narcoléptico, não conseguiu fazê-la sair dele nem sacudindo-a, nem gritando-lhe. Teve de súbito a ideia de falar-lhe de modo jovial, como uma criança: ‘vamos meu bebê, rola por terra...’. Falamos muito em análise de regressão ao infantil,

Luiza Moura

mas é manifesto que nem nós mesmos acreditamos a que ponto temos razão.
(1932/1992e, p. 100)

Winnicott, por exemplo, faz *intervenções na transferência* quando diz para a paciente Margareth Little (1990): “Eu realmente odeio a sua mãe” (p. 48). Ou ao relatar, em *A criatividade e suas origens* (1971/1975), a interpretação que fez ao seu paciente de meia-idade. O psicanalista diz: “estou ouvindo uma moça. Sei perfeitamente bem que você é um homem, mas estou ouvindo e falando com uma moça (...)”. O paciente tenta manter a conversa, reproduzindo a própria submissão: “Se eu falasse a alguém sobre esta moça, seria chamado de louco”. O analista responde: “Não é que você tenha contado isto a alguém; sou eu que vejo a moça e ouço uma moça falar, quando, na realidade, em meu divã acha-se um homem. O louco sou eu”. Winnicott segue:

Não tive que elaborar esse ponto, porque a chave era aquela. O paciente disse que agora se sentia são, num ambiente louco. Em outras palavras, achava-se agora liberto de um dilema. (...) esse homem teve de ajustar-se à ideia da mãe de que seria e era uma menina. (...) ele dispôs suas defesas na base deste padrão, mas a ‘loucura’ da mãe que via uma menina onde existia um menino fora trazida diretamente ao presente, através de minha afirmativa: ‘O louco sou eu’. (Winnicott, 1971/1975, pp.105, 106)

Provavelmente o relato mais conhecido que, apesar de ser retirado da ficção, ilustra de forma plena uma situação terapêutica em que a “analista” avalia e se adapta às necessidades do “analisando” e, a partir disto, empreende *intervenções na transferência*, foi oferecido por Freud. O seu artigo de 1906, escrito mediante uma sugestão de Jung, *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*, conta a história de uma jovem alemã, Zoe (‘vida’, em grego), que encontra, durante um passeio a Pompéia, seu vizinho e antigo amigo de infância, o qual de alguns anos para cá recalcara a lembrança da proximidade entre os dois e não mais a cumprimentava ao vê-la. No cenário de Pompéia, Hanold sente familiaridade em relação a Zoe. Mas, antes de se recordar dela e do afeto que nutre, alimenta o delírio de que Zoe é a própria Gradiva que retorna à vida, todos os dias, em determinado horário sob o sol de Pompéia. Percebendo a confusão mental do amigo, Zoe aceita participar de seu delírio/brincadeira e, aos poucos, ela vai se apresentando como um ser corpóreo e, finalmente, como sua antiga amiga de infância.

O rapaz confessou estar-se sentindo um pouco tonto, e ela sugeriu como cura que ele compartilhasse da merenda dela. Ela lhe ofereceu a metade de um pãozinho que trazia embrulhado num papel de seda e comeu a outra metade com obvio apetite. Seus lábios entreabertos deixavam entrever dentes perfeitos, que produziam um leve rangido ao penetrar na côdea do pão. (...) O jovem arqueólogo percebeu a melhora de sua cabeça decorrente do alimento, e as muitas indicações da presença real da jovem que começaram a produzir seu efeito. A razão fortalecida o fez duvidar do delírio de que *Gradiva* não passasse de um fantasma do meio-dia. (Freud, 1907[1906]/1969c, pp. 34, 35)

A constância de Zoe trouxe Norbert de volta à vida. Depois de silenciosamente suportar o delírio do arqueólogo que a confundia com o fantasma de Gradiva, Zoe viu brechas surgirem na doença de Norbert. Por estas brechas, a realidade não mais ameaçadora pode então ser reconhecida. A longa e dolorosa espera tinha, enfim, terminado: o leite real, o pão real e a pessoa real estavam ali, à disposição para serem encontrados.

Nos exemplos acima, vemos Ferenczi, Winnicott e a personagem Zoe, que tanto encantou Freud, totalmente atentos às necessidades dos seus pacientes e de seus amigos.

A *interpretação na transferência* segue um modelo de maternagem em que o papel do cuidador é apresentar gradualmente o mundo. Reconhecer a dificuldade da pequena criança ou do paciente regredido de enfrentar as complexidades da vida e conseguir se adaptar, sem que esta adaptação exija algo além das suas capacidades como cuidador. Neste sentido, é necessário tornar-se permeável, receptivo, vulnerável ao paciente e se deixar levar por seus delírios, tudo sem abrir mão da reflexão e da percepção objetiva para reconhecer que os sintomas são o que lhe restou depois da dor insuportável.

Ao analista cabe conectar-se com as sutilezas do seu paciente, perceber qual o ritmo (Honigsztejn, 1972/2014) com que, juntos, os dois poderão ir se afastando da fantasia em direção à realidade. O ritmo que não lhe foi apresentado, nem encontrado, em sua infância...

Reflexões finais

Ferenczi e Winnicott tiveram as trajetórias marcadas por suas experiências como médicos em hospitais, Winnicott como pediatra, recebendo as crianças e suas mães, enquanto Ferenczi trabalhava com prostitutas e indigentes. As duas grandes

Luiza Moura

guerras tocaram os dois de forma profunda, eis que ambos participaram delas de maneira ativa e extraíram reflexões que se tornaram fundamentais para suas obras.

Ferenczi, médico do exército húngaro no *front* da Primeira Guerra, percebeu ser impossível seguir na compreensão do sofrimento humano sem que fosse retomada e desenvolvida a teoria do trauma, e, assim, gradualmente afastou-se de Freud.

Winnicott, trabalhando com crianças retiradas de suas famílias e, depois, acompanhando os seus retornos ao final da Segunda Guerra, confirmou a importância da previsibilidade do ambiente, formulando suas concepções sobre *tendência antissocial* ao mesmo tempo em que se afastava ainda mais do determinismo da hereditariedade e de Melanie Klein.

Winnicott e Ferenczi viveram experiências que forneceram sustentação às suas disposições internas de acolher casos graves. Percebiam-se como clínicos e não como investigadores, e assim formularam teorias para amparar a prática e não o contrário. Os dois, cada um ao seu tempo, deram origem e propagaram uma tradição de “antiprocustianos”, ou seja, analistas que oferecem um divã aos seus analisandos, ao invés de analisandos ao seu divã.

É importante sabermos que seremos testados, avaliados, talvez maltratados, confrontados, até existir a comprovação de que merecemos confiança. É muita pretensão querermos ser dignos de confiança sem um custo pessoal. É muita pretensão acreditarmos que algumas poucas horas semanais, de pronto, irão substituir todas as estratégias que nosso paciente desenvolveu ao longo dos anos para sobreviver. Quem estará com ele durante o final de semana? Não seremos nós. Diante das necessidades imediatas, muitas vezes seremos substituídos pelas suas compulsões arraigadas e que, inegavelmente, têm o seu próprio valor. Seremos trocados por drogas lícitas e ilícitas, diversas formas de entorpecimento, amortecimento, atuações sexuais, situações de risco, episódios que anestesiaram e forjam retornos à vida.

Teremos que ser atentos: sobre necessidades de medicação, acompanhante terapêutico, internação, busca do contato com familiares, amigos ou qualquer um que possa integrar uma rede de apoio. O manejo precisará ser mais uma vez parceiro constante do *holding*, assim como a exigência de transitarmos entre a permeabilidade e a avaliação consciente, entre a subjetividade e a objetividade.

Winnicott e Ferenczi desenvolveram um profundo respeito àqueles que sofrem e vêm em busca de ajuda. Com isto, demonstraram um grande respeito pelas doenças e pelos sintomas. Entenderam que a doença é a reação estável diante de um mundo imprevisível.

Os dois analistas descobriram que, em cada paciente grave, existia uma

quebra, uma parte que se sacrificara para proteger outra que permaneceria inocente e verdadeira. Winnicott e Ferenczi perceberam que a parcela falsamente amadurecida, por eles denominada de *anjo da guarda* (Ferenczi, 1934/1992f, p. 117) ou *falso self ama seca* (Winnicott, 1960/1990c, p. 128), diante da ameaça de uma nova catástrofe, fazia um sacrifício final: confessava a sua impotência e, relutantemente, entregava a pequena criança aos cuidados de outro.

Afinal, de que “substância” é feita a transferência destes pacientes fronteiriços? Sabemos que não são imagos paternas, não são representações, não são desejos. O que é transferido pelos pacientes limítrofes?

Ao acompanharmos o transcurso da obra destes dois grandes pensadores, refletindo sobre a nossa própria clínica de pacientes graves, gradualmente é revelada a “substância” do que é transferido para nós: *a responsabilidade do cuidado*.

No entanto, esta transferência não acontecerá sem desconfiança, sofrimento, medo, *comoção psíquica*, colapso e, além disso, retornos para a *desintegração*, para a compulsão, para toda a sorte de repetição, refúgios conhecidos e que já comprovaram algum valor.

Veremos nosso paciente recair, faltar, invadir, desaparecer, ser inconveniente, arrogante, queixoso, repetitivo, imaturo. Que ele se vitimize e odeie a todos que precisar, o quanto for necessário... E, quando parecer que o seu sofrimento está aplacado, que ele volte e exija e incomode e se queixe.

Tudo de novo... De novo e de novo. Até que o *de novo* se torne *novo*, torne-se algo realmente *novo*. □

Abstract

Winnicott and the ferencian tradition of technical elasticity

Winnicott's theoretical contributions, like those of his predecessor, Ferenczi, derived from practice and developed solely in the name of his profession as a psychotherapist. Both authors, having great experience in institutions, considered the importance of the environment both in maturation and in its interruption, that is, in illness. The approximations between them involve the resumption of the value of the traumatogenic factor for the etiology of severe conditions. Winnicott and Ferenczi value the effective care of adults directed at the child, share the thought that the inability of adults to adapt, and become caregivers, will place the child in the face of demands she is unprepared for. The two authors were concerned with expanding and adapting the technique to cover cases that could be deemed as non-analyzable. In line with their thoughts on development theory and trauma theory,

Luiza Moura

it is natural that both have included the value of the analyst's actual presence in their technical writings, as well as new contributions to the understanding and use of transference and countertransference. The possible compositions between Winnicott's concepts and the Ferenczian tradition of technical elasticity reaffirm that psychoanalysis can and must come to the aid of patients who are located on the borders.

Keywords: Trauma; Technical elasticity; Analyst resistance; Analyst survival; Neo-catharsis; Regression to dependence; Winnicott; Ferenczi

Resumen

Winnicott y la tradición ferencziana de la elasticidad técnica

Los aportes teóricos de Winnicott, así como su predecesor Ferenczi, nacieron de la práctica y se desarrollaron únicamente en función de sus oficios como psicoterapeutas. Contando con una vasta experiencia en instituciones, ambos autores resaltaron la importancia del ambiente tanto en la maduración como en su interrupción, o sea, en la enfermedad. Desde un punto de vista teórico, los une el énfasis atribuido al valor del factor traumatogénico en la etiología de los cuadros graves. En efecto, Winnicott y Ferenczi valoran los cuidados efectivos de los adultos dirigidos al niño, comparten el pensamiento de que la incapacidad de los adultos de adaptarse y de volverse un cuidador pondrá al niño frente a exigencias para las cuales no está preparado. Los dos autores se preocuparon por expandir y adaptar la técnica para abarcar casos fronterizos. En consonancia con sus pensamientos sobre la teoría del desarrollo y la teoría del trauma, es natural que ambos incluyan en sus escritos técnicos el valor de la presencia real del analista, así como nuevas contribuciones a La comprensión de La transferencia y contratransferencia. Las posibles composiciones entre los conceptos de Winnicott y La tradición de elasticidad técnica de Ferenczi reafirman que el psicoanálisis puede y debe acudir en auxilio de pacientes que se sitúan en las fronteras.

Palabras clave: Trauma; Elasticidad técnica; Resistencia del analista; Supervivencia del analista; Neocatarse; Regresión a la dependencia; Winnicott; Ferenczi

Referências

- Fédida, P. (1988). *Clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta.
- Ferenczi, S. (1992a). Adaptação da família à criança. In *Obras completas, Psicanálise IV* (A. Cabral, trad., pp. 1-14). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Ferenczi, S. (1992b). Elasticidade da técnica psicanalítica. In *Obras completas, Psicanálise IV* (A. Cabral, trad., pp. 25-36). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Ferenczi, S. (1992c). Princípio de relaxação e neocatarse. In *Obras completas, Psicanálise IV* (A. Cabral, trad., pp. 53-68). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1930[1929])
- Ferenczi, S. (1992d). Análise de crianças com adultos. In *Obras completas, Psicanálise IV* (A. Cabral, trad., pp. 69-83). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931)
- Ferenczi, S. (1992e). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In *Obras completas, Psicanálise IV* (A. Cabral, trad., pp. 97-106). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932)
- Ferenczi, S. (1992f). Reflexões sobre o trauma. In *Obras completas, Psicanálise IV* (A. Cabral, trad., pp. 97-106). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado 1934)
- Freud, S. (1969a). Hereditariedade e a etiologia das neuroses. In J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund – Primeiras Publicações Psicanalíticas Freud* (Vol. 3, pp. 163-179). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)
- Freud, S. (1969b). A etiologia da histeria. In J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 215-249). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)
- Freud, S. (1969c). Delírios e sonhos na *Gradiva* de Jensen. In J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud – ‘Gradiva’ de Jensen e outros trabalhos* (Vol. 9, pp. 13-95). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1907[1906])
- Freud, S. (1969d). Um estudo autobiográfico. In J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud – Um estudo autobiográfico. Inibições, sintomas e ansiedade. A questão da análise leiga e outros trabalhos* (Vol. 20, pp. 13-92). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925[1924])
- Honigsztejn, H. (2014). *A psicologia da criação*. Curitiba: Maresfield Gardens. (Trabalho original publicado em 1972)
- Little, M. (1990). *Ansiedades psicóticas e prevenção*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- Rodman, R. (1987). Cartas sete e 25. In *O gesto espontâneo – D. W. Winnicott*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

Luiza Moura

- Winnicott, D.W. (1975) A criatividade e suas origens. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D.W. (1990a). Contratransferência. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D.W. (1990b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D.W. (1990c). A distorção do Ego em termos de verdadeiro e falso *self*. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D.W. (1993). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954)
- Winnicott, D.W. (1994a). O medo do colapso (*Breakdown*). In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D.W. (1994b). A interpretação na psicanálise. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott* (pp. 163-166). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968)
- Winnicott, D.W. (1994c). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968)
- Winnicott, D.W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1947)

Recebido em 28/04/2020

Aceito em 10/06/2020

Revisão gramatical de **Gustavo Czekster**

Revisão técnica de **Renato Moraes Lucas**

Luiza Moura

Rua 24 de Outubro, 838/306

90510-000 – Porto Alegre – RS – Brasil

luiza.moura@terra.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA