UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LIGIA MARIA DURSKI

DIMENSÃO SENSÍVEL

- a possibilidade de encontro no espaço “entre” analista/analisante -

São Paulo
2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LIGIA MARIA DURSKI

DIMENSÃO SENSÍVEL

- a possibilidade de encontro no espaço “entre” analista/analisante –

(Versão original)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de doutora em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Safra

São Paulo
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Durski, Ligia Maria.

Dimensão sensível: a possibilidade de encontro no espaço “entre” analista/analisante / Ligia Maria Durski; orientador Gilberto Safra. -- São Paulo, 2016.

130 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração**:** Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Dimensão sensível 3. Contratransferência 4. Sensibilidade 5. Empatia I. Título.

RC504

NOME: Durski, Ligia Maria

Título: Dimensão Sensível – a possibilidade de encontro no espaço “entre” analista/analisante.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao Leôncio (in memoriam), amiguinho que generosamente me ensinou muito sobre o viver e o morrer.

AGRADECIMENTOS

À Camila Macedo, pela vivência do “entre”. Pela coragem na possibilidade de entrega mútua. Por me fazer entender o que significa ser um e dois ao mesmo tempo. Pela compreensão de que o hífen entre Eu-Tu nos liga e nos diferencia ao mesmo tempo. Pelo cuidado e amor. Por colorir criativamente minha vida.

À Gislene, minha mãe, base do meu caráter e senso ético. Por me possibilitar existir, num movimento de contínua construção e desconstrução daquilo que eu e ela fomos, somos e seremos.

Ao Hélio, meu pai, pelo exemplo de desapego e leveza que, em contraste com minhas tendências – por vezes excessivas - à solidez e segurança, reduz minha sensação de desamparo e me lembra da possibilidade de brincar a vida.

Às minhas e meus pacientes, que direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente, me exigem presença, estar-com e sentir-com. Que me possibilitaram vivenciar e compreender que a relação analista/analisante não deve ser sentida nem como cara e nem como barata, mas como justa. Que em seu desnudamento também me desnudam e vice-versa. Que me fazem perceber que para além das relações hierárquicas, de poder e das diferenciações, existe a possibilidade do encontro, da alteridade e do cuidado.

Ao meu orientador, Gilberto Safra, pela oscilação profícua entre presença e ausência, entre corte e encontro, que me possibilitou a liberdade de criação e de busca por ser quem se é. Pelo estímulo à autoria. Por me manter atenta à clínica como disparador da pesquisa. Por me permitir ir além de mim mesma. Pela abertura ao devir.

À professora Nadja Nara Barbosa Pinheiro, pela parceria e amizade. Pela generosidade em abrir portas e dividir lugares.

Ao professor Daniel Kupermann, pela inspiração, diálogo e pelos apontamentos na banca de qualificação.

À amiga Priscila Frehse Pereira Robert e ao amigo Marcos Vinícius Brunhari, pela troca e irmandade. Espero sempre sermos e sabermos em comunidade de destino.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro à pesquisa. Sem suporte material, essa pesquisa não teria existido.

Ao Instituto de Psicologia (IPUSP) e toda a equipe, em especial à Cláudia Lima R. da Rocha, pela prontidão e simpatia.

Aos membros da banca, à Universidade de São Paulo e a todas as pessoas que direta ou indiretamente participaram e ajudaram a construir este percurso.

O QUE SERÁ (À FLOR DA PELE)

Chico Buarque e Milton Nascimento

O que será que me dá
Que me bole por dentro, será que me dá
Que brota à flor da pele, será que me dá
E que me sobe às faces e me faz corar
E que me salta aos olhos a me atraiçoar
E que me aperta o peito e me faz confessar
O que não tem mais jeito de dissimular
E que nem é direito ninguém recusar
E que me faz mendigo, me faz suplicar
O que não tem medida, nem nunca terá
O que não tem remédio, nem nunca terá
O que não tem receita

O que será que será
Que dá dentro da gente e que não devia
Que desacata a gente, que é revelia
Que é feito uma aguardente que não sacia
Que é feito estar doente de uma folia
Que nem dez mandamentos vão conciliar
Nem todos os unguentos vão aliviar
Nem todos os quebrantos, toda alquimia
Que nem todos os santos, será que será
O que não tem descanso, nem nunca terá
O que não tem cansaço, nem nunca terá
O que não tem limite

O que será que me dá
Que me queima por dentro, será que me dá
Que me perturba o sono, será que me dá
Que todos os tremores me vêm agitar
Que todos os ardores me vêm atiçar
Que todos os suores me vêm encharcar
Que todos os meus nervos estão a rogar
Que todos os meus órgãos estão a clamar
E uma aflição medonha me faz implorar
O que não tem vergonha, nem nunca terá
O que não tem governo, nem nunca terá
O que não tem juízo

FLOR DA PELE

Zeca Baleiro

Ando tão à flor da pele
Qualquer beijo de novela me faz chorar
Ando tão à flor da pele
Que teu olhar flor na janela me faz morrer

Ando tão à flor da pele
Meu desejo se confunde com a vontade de não ser
Ando tão à flor da pele
Que a minha pele tem o fogo do juízo final

Um barco sem porto
Sem rumo, sem vela
Cavalo sem sela
Um bicho solto
Um cão sem dono
Um menino, um bandido
Às vezes me preservo
Noutras, suicido!

Oh, sim!
Eu estou tão cansado
Mas não pra dizer
Que não acredito mais em você
Eu não preciso de muito dinheiro
Graças a Deus!
Mas vou tomar
Aquele velho navio
Aquele velho navio!

Um barco sem porto
Sem rumo, sem vela
Cavalo sem sela
Um bicho solto
Um cão sem dono
Um menino, um bandido
Às vezes me preservo
Noutras, suicido!

RESUMO

Dois foram os pontos disparadores desta tese: 1) a consideração do acontecer humano pelo vértice da criatividade, que concebe que a existência experiencial do humano ocorre no espaço entre a realidade subjetivamente criada e a realidade objetivamente percebida, fazendo com que a criatividade se relacione com a possibilidade de sentir a vida como real e como digna de ser vivida; 2) a problemática referente à emergência de processos criativos na clínica psicanalítica. A partir do estudo e aprofundamento sobre quais seriam as bases que sustentam os dois referidos pontos, aproximei-me do conceito de espaço potencial winnicottiano que, em linhas gerais e nos termos do desenvolvimento emocional primitivo, designa uma área de afetação mútua entre mãe/bebê. O conceito assinala também um campo intermediário, uma terceira área da experiência associada aos fenômenos e objetos transicionais que se relaciona com a perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas. Área intermediária, fora da qual não há a ilusão do contato necessária para o alcance do sentimento de realização de si. No contexto da clínica, a pertinência dessa área, de um espaço "entre" analista/analisante, despontou questões referentes ao manejo clínico, à sensibilidade do/a analista e ao estabelecimento da relação (contra)transferencial. Como resultado do esclarecimento de elementos inerentes e/ou daí decorrentes, adveio a proposição da Dimensão Sensível. Os fatores elencados nesta tese, para sua descrição, foram: a conquista da confiança; sinceridade; espelhamento; disponibilidade e devoção; preocupação/concern; empatia e brincar compartilhado. O problema de pesquisa surgiu, pois, de minha experiência clínica e meus principais autores de referência e diálogo foram Sándor Ferenczi e Donald W. Winnicott. O trabalho está dividido em quatro partes, sendo que as três primeiras se constituíram no sentido de esclarecer o que nomeio de espaço "entre" analista/analisante, espaço que funciona como sustentação da proposição da Dimensão Sensível e que anuncia, em termos de direção do tratamento, o encontro com a alteridade. A quarta e última parte do trabalho objetivou a descrição propriamente dita da Dimensão Sensível a partir de fatores que nela incidem e/ou dela advém (fatores acima elencados). Em síntese, com a Dimensão Sensível, sublinhei a importância do/a analista estar-com o outro/paciente em comunidade de destino, uma vez que tal é a própria condição do devir humano.

Palavras-chave: Psicanálise; Dimensão Sensível; Contratransferência; Sensibilidade; Empatia.

ABSTRACT

Two were the initial points of this thesis: 1) the consideration of the human becoming by the vertex of creativity, which conceives that the experiential existence of the human occurs in the space between the reality subjectively created and the reality objectively perceived, linking creativity with the possibility of feeling life as something real and as something worth living, and; 2) the issues related to the emergence of creative processes in the psychoanalytic clinic. From the study on what are the foundations that support those two points, I approached the concept of Winnicott`s potential space that, in general lines and in the context of the primitive emotional development, means a mutual affectation area between mother/infant. This concept means also an intermediate field, a third area of experience associated with the transitional phenomena and transitional objects related with the perpetual human need to maintain the internal and external realities separated, yet interrelated. Intermediate area outside of which there is not the illusion of contact necessary to achieve the feeling of self-realization. In the clinical context, the relevance of this area, of a space “in-between” analyst/analysand, emerged questions about the clinical management, about the analyst`s sensibility and about the establishment of the (counter)transference relationship. As a result of the explanation of inherent elements therefrom, stemmed the proposition of the Sensitive Dimension. The factors listed in this thesis, for its description, were: the conquest of confidence; sincerity; mirroring; availability and devotion; concern; empathy, and; shared play. The research problem occurred, therefore, from my clinical experience and my main authors of reference and dialogue were Sandor Ferenczi and Donald W. Winnicott. The work is divided into four parts, of which the first three were constituted to clarify what I named of space “in-between” analyst/analysand, space which works as support of the proposition of the Sensitive Dimension and which announces, in terms of treatment direction, the encounter with otherness. The fourth and final part of the work aimed at the description of the Sensitive Dimension from factors that affect it and/or it comes (above listed factors). In short, with the Sensitive Dimension, I emphasized the importance of the analyst be-with the other/patient, by a community of destiny, since this is the very condition of human becoming.

Keywords: Psychoanalysis; Sensitive Dimension; Countertransference; Sensibility; Empathy.

SUMÁRIO

INTRODUCÃO.....10

PARTE I – DISPARADORES DO PROBLEMA DE PESQUISA.....17

PARTE II – O ESPAÇO "ENTRE".....40

2.1 INQUIETAÇÕES TEÓRICAS EM FREUD E FERENCZI: de uma crítica à ideia de neutralidade do/a analista para a proposição de uma área de mutualidade entre analista/analisante.....42

2.2 O LEGADO DE WINNICOTT: a sensibilidade do/a analista e o espaço "entre" analista/analisante.....50

PARTE III – A POSSIBILIDADE DE ENCONTRO.....57

3.1 ANIQUILAÇÃO E MUTILAÇÃO: a Dimensão Sensível e possíveis diferenciações entre estados de angústia.....58

3.2 ENCONTRO E CORTE: a Dimensão Sensível e a condução do processo.....66

PARTE IV – A DIMENSÃO SENSÍVEL.....87

4.1 CONQUISTA DA CONFIANÇA.....89

4.2 SINCERIDADE.....96

4.3 ESPELHAMENTO.....101

4.4 DISPONIBILIDADE E DEVOÇÃO.....106

4.5 PREOCUPAÇÃO/*CONCERN*.....110

4.6 EMPATIA.....114

4.7 BRINCAR COMPARTILHADO.....118

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....123

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....127

INTRODUÇÃO

No exercício de contato, investigação e interpretação dos conteúdos e situações apresentadas por minhas e meus pacientes, alguns guias de viagem me foram oferecidos. Entre eles, a teoria psicanalítica – que ganhou destaque em meu percurso por se comunicar mais sincronicamente com a crescente vontade de compreensão dos fenômenos presenciados na prática clínica.

Embora a teoria psicanalítica apresente a advertência, contida na concepção de atenção flutuante proposta por Freud, de que o/a[1] analista busque suspender a tendência a pré-julgamentos, o uso de uma teoria norteadora do fazer clínico, inevitavelmente, afeta e perpassa o processo de inteligibilidade e de direção do tratamento. Deste modo, fazer uso de uma teoria que me permita conhecer o/a paciente, paradoxalmente, aproxima-me e afasta-me deste/a. Aproxima-me no sentido de possibilitar ferramentas que facilitem a jornada de investigação acerca do psiquismo humano, afasta-me no sentido de correr o risco de estabelecer modelos e fórmulas apriorísticas, direcionando sobremaneira a apreensão e escuta do que o/a paciente apresenta.

Portanto, a teoria não deve se sobrepor à prática. Caso tal ocorra, além de inviabilizar a escuta, decorre disso uma impostura ética, pois se caminha mais no sentido de "moldar" o outro a partir dos próprios pressupostos, e não no de possibilitar um espaço de (re)criação de si que facilite ao/à paciente a abertura ao devir[2].

---

[1] A escolha pela forma adotada nas flexões de gênero deste trabalho decorreu de uma preocupação ética. Optei pelas flexões combinadas "o/a", nas designações de gênero, mais especificamente, pelas seguintes razões: 1) o uso hegemônico da flexão de gênero "o", quando o sujeito da frase está na terceira pessoa do singular ou do plural (ele e/ou eles) tende, inevitavelmente, à exclusão do sujeito "ela" e/ou "elas". Mesmo que se tenha convencionado no discurso e nos textos acadêmicos o uso de "o psicanalista", "o paciente" e, até, numa escala universal, "o homem", julgo ser mais digna a possibilidade de oferecer às minhas leitoras e leitores um campo mais propício à escolha para se identificarem e se escutarem no texto. O/a leitor/a, o/a paciente, o/a analista e, na escala ampliada, o ser humano, tais foram as alternativas que julguei possibilitar tal amplitude; 2) a opção feita revela um posicionamento político importante: descortina tendências históricas perigosas, posto que excludentes e passíveis de alteração sem uma perda ética (pelo contrário, propõe um ganho e coerência ética); 3) infelizmente, a marcação da flexão de gênero "o", no uso da terceira pessoa do singular e do plural, como foi convencionada na história e no uso da língua portuguesa, produz, reproduz e reitera a tendência à invisibilidade da mulher no discurso social – a consequência é a propagação de violências. Em termos de estilo e estética, soará, possivelmente, estranho ao/à leitor/a o uso aqui proposto. Contudo, trata-se de um provável desconforto e renúncia nada cara ao/à leitor/a e bastante significativa na luta pela dignidade humana. Em suma, em prol de uma perda estética, por assim dizer, optei pela marcação de uma posição ética.

[2] É importante relevar que essa abertura ao devir é ratificada na própria concepção de inconsciente freudiano. A partir do estudo dos sonhos, da histeria e do abandono da hipnose, Freud deu início a sua conceituação sobre o Inconsciente (pensado, aqui, tanto no sentido tópico, como dinâmico). Sem nos atermos sobremaneira à evolução do conceito em sua obra, em linhas gerais, vale lembrar o que se convencionou nomear de as leis do

> Nos casos em que o analista, consciente ou inconscientemente, comporta-se como se acreditasse conhecer a vivência do paciente melhor do que ele mesmo, cessa de haver um reconhecimento da existência de duas pessoas na sala; só permanecem o analista e sua concepção da vivência do paciente. Isso quase representa uma repetição de uma experiência da primeira infância (do paciente e/ou do analista), em que a mãe inconscientemente vê no seu bebê apenas aspectos de si mesma que projeta nele. (OGDEN, 1994, p.152).

Nesse sentido, para além de conhecer o "mundo" apresentado pelo/a paciente, concomitante à história expressa e contada por este/a, essa (re)criação e (re)apropriação de si e do passado do/a paciente não ocorre solitariamente. Ela se dá enviesada pelas singularidades do/a analisante e do/a analista. Resulta disso uma indistinção autoral dessa (re)criação que concerne a um espaço "entre[3]" analista/analisante, por assim dizer.

Diante disto, evidencia-se também que a teoria, a construção de um/a autor/a assimilada e criada em mim, não corresponde integralmente à construção teórica do/a próprio/a autor/a. Soma-se a essa impossibilidade de pensar como o outro (e não a partir e/ou com o outro), a própria construção teórica criada desde a minha prática clínica.

Considerando tal complexidade, percebe-se que o movimento de experimentação, estudo e (in)apropriação do fenômeno clínico, e das teorias possíveis decorrentes dele, é dinâmico (ou idealmente dinâmico, pois pode haver

---

Inconsciente: a condensação e o deslocamento. Freud tornou claro, em sua teoria, que o funcionamento inconsciente possibilita a coexistência de ideias contrárias e potencialmente conflitantes, bem como a ligação não linear ou temporal de ideias oriundas de diferentes tempos cronológicos na vida de determinada pessoa. Ou seja, o funcionamento inconsciente não é regido por leis de coerência lógica, linearidade ou temporalidade. Podendo ele conter o diametralmente oposto numa mesma ideia ou superpor conteúdos de diferentes tempos históricos numa mesma ideia, por exemplo. Além disso, ideias e afetos originalmente ligados, podem separar-se no inconsciente e realizar outras conexões entre si, ou inúmeros afetos originados de diferentes ideias podem se condensar em uma única ideia e vice-versa. Outro aspecto importante deste funcionamento é a indiferenciação entre realidade psíquica e mundo externo (a exemplo do sonho e da alucinação). Diante de um funcionamento tal, que não deixa de produzir efeitos - quer dado indivíduo encontre-se em sono ou vigília, na infância ou na fase adulta e/ou em distintas classificações diagnósticas - é possível notar que, em certo sentido, exatamente por uma indiferenciação "mundo interno/mundo externo", há como que uma abertura infechável, bem como uma incompletude, subentendida ao acontecer humano. Acrescida a esta concepção a perspectiva econômica proposta por Freud em sua metapsicologia (especialmente no que se refere ao circuito pulsional, à pressão constante e ao impossível de uma "satisfação completa", senão, talvez, na morte) o ser humano não pode, então, ser pensado como algo que é, mas como algo em devir.

[3] O/a leitor/a notará, especialmente a partir da PARTE II desta tese, que a ênfase a esse "entre" se deu em prol do exercício de contemplar uma intersecção, por assim dizer, entre analista/analisante. O "entre" aqui sublinhado dialoga com a concepção winnicottiana de "espaço potencial" e com a noção de que o acontecer humano acontece em comunidade de destino.

um congelamento na apreensão e modificação de si pela experiência), renova-se a cada leitura, a cada paciente e a cada vivência.

Trata-se, pois, também, de um respeito e manutenção à supracitada abertura ao devir, que denota que o/a analista precisa estar apto/a a poder abandonar pressupostos, (re)criar hipóteses e, se preciso, adotar novos paradigmas.

> Na situação analítica, a teoria funciona como a estrela polar para o navegante: fornece coordenadas para o percurso, permite alguma ideia do rumo a tomar, mas não é o alvo que se quer atingir; Colombo não queria chegar à Ursa Maior, mas às Índias – e, como muitas vezes acontece na análise, chegou à América. (MEZAN, 1993, p.103).

Infelizmente, quando a teoria se sobrepõe à prática, é fácil notar que, tanto o estudo acadêmico, como as escolas de formação em psicanálise, podem mais confundir que nortear. No entanto, sem teoria e sem um exercício de teorização, como expandir e discutir a experiência clínica? Mesmo que para ser (re)criado, assimilado, revogado, negado, enfim, usado, esse material palpável chamado "teoria" me foi (e me é) necessário no movimento interminável de construção/desconstrução do que considero ser a prática clínica. Movimento este indispensável, vale ressaltar, à limpeza, à retirada da "poeira" de teorias e visões de mundo enrijecidas, que podem prejudicar minha escuta e a possibilidade de oferta desse espaço de (re)criação da história (passado, modelos de relação e de experienciar a vida) de cada paciente.

O resultado, espero, está também aqui expresso como teoria, como coisa palpável, como material de destino incerto, como uma tentativa de contribuição pessoal a esse campo nebuloso composto por palavras, interpretações e conceituações. Campo composto por (in)distintas vozes que, por guardarem entre si alguma harmonia, alguma coesão interna e coerência epistemológica, é passível de ser nomeado – o campo da psicanálise.

A contribuição proposta nesta tese é, em síntese, o esclarecimento e conceituação de uma região do campo psicanalítico: aquilo que aqui propus nomear de **Dimensão Sensível**[4]. Tal proposta se deu, especialmente, para defender a

[4] O/a leitor/a notará que precisei, num primeiro momento, estabelecer a sustentação da Dimensão Sensível para só então realizar sua descrição propriamente dita (ver Parte IV, página 86). Nesse sentido, vale adiantar aqui que, em linhas gerais, a Dimensão Sensível revela inúmeros fatores nela incidentes e/ou dela advindos referentes à sensibilidade do/a analista, ao manejo clínico e ao estabelecimento da relação (contra)transferencial. Os fatores elencados nesta tese para a descrição da Dimensão Sensível foram: a

existência, relevância e implicações - bem como para facilitar uma articulação teórica que possa ser aproveitável por outras e outros - dessa dimensão que, em minha clínica, precisou ser conceituada especialmente a partir da tomada de consciência da existência, efeitos e necessário estabelecimento e cuidado de um espaço "entre" analista/analisante.

Para introduzir o/a leitor/a à Dimensão Sensível, apresento uma vinheta clínica: trata-se de um caso de um adolescente de 15 anos que me foi encaminhado pelos pais com a queixa de que ele parecia não sentir emoções, parecia estar sempre apático. Além disso, os pais tinham medo sobre seu filho ser ou não ser bem-sucedido no futuro. Relatavam que ele "não pagava o preço, não demonstrava ânimo e nem atitude para correr atrás das coisas".

De fato, havia algo da ordem da apático neste paciente. Ele não parecia querer, nem não querer estar ali – esse era um ponto muito curioso, pois era como se ele não se posicionasse "nem negativamente, nem positivamente" na relação comigo.

Também, suas faltas eram extremamente frequentes e ele realizava constantemente – por diversas razões – intervalos de várias semanas entre as sessões. Havia sempre a necessidade de procurá-lo, pois era raro ele avisar quando fosse faltar. Após um de seus intervalos, ele próprio alegou ser desligado e ter dificuldade em manter frequência sendo desatento e desregulado. Disse se sentir sempre como que "sendo levado pela correnteza".

Houve então, após mais um dos tantos intervalos de quase um mês de faltas também sem aviso ou esclarecimento do paciente - a explicitação de um sentimento de aversão nas relações com as pessoas. Ele relatava não saber o que é viver uma relação que não fosse falsa e lembrou que estava lendo o livro "O Estrangeiro" (Albert Camus, 1942), sobre "um cara à parte, cujas ações eram reações". Lembrou também que, neste livro, um dos momentos que achou relevante foi o fato de o personagem ir ao enterro da própria mãe e não chorar. Ele próprio então disse sentir a vida como essencialmente um "habituar-se".

Este paciente, em sua apatia, suas faltas e aparente desconsideração do outro, constantemente despertava em mim sentimentos de raiva. Coincidentemente ou não, acho que pude sentir um pouco da aversão que ele relatara sentir nas

---

conquista da confiança; sinceridade; espelhamento; disponibilidade e devoção; preocupação/concern; empatia e brincar compartilhado.

relações com as pessoas. Seu tratamento foi tomando um rumo desnorteador, ficando cada vez mais claro que, ou eu desistiria de procurá-lo, ou algo precisava ser feito para efetivamente haver alguma continuidade e trabalho com ele.

Notei que talvez fosse preciso uma sinceridade e clareza mais direta com ele. Assim, após uma outra falta sem prévio aviso, liguei para saber o que havia ocorrido e lhe disse: “Você me deixa com raiva com essas faltas constantes e com uma aparente indiferença com sua análise”. Esse momento foi crucial para que finalmente o paciente em questão pudesse estabelecer uma frequência razoável às sessões. Na primeira sessão depois da referida ligação, relatou que ficou surpreso com o que lhe disse ao telefone porque não achava que eu sentia a sua ausência, nem a sua presença.

Neste caso, precisei fazer um uso sincero e direto, por assim dizer, de conteúdos que se referiam a como esse paciente me afetava. Isso foi preciso para que, talvez, ao existir para ele - ao fazê-lo perceber que ali havia uma pessoa que se importava e que era afetada por sua presença/ausência - ele próprio começasse por existir na análise (e na vida). Seu tratamento pôde durar mais três anos.

Este trecho clínico foi aqui descrito para explicitar que se o campo de afetação mútua entre analista/analisante não for considerado, perde-se também de vista a noção de que a situação clínica diz respeito à experiência de duas pessoas e que o devir humano ocorre em comunidade de destino[5]. Como consequência, não se contempla ou se ignora a pertinência da Dimensão Sensível na clínica psicanalítica, dimensão a ser considerada não somente para a própria continuidade e direção do tratamento, mas para não perdermos de vista que uma análise se refere a dois seres humanos que se afetam mutuamente e que se (re)constituem e se (re)significam nesta mutualidade.

Isto posto, é preciso esclarecer como esta tese se construiu em termos metodológicos. Em minhas pesquisas em psicanálise, privilegio a clínica como o lugar a partir do qual hipóteses e conceituações são produzidas e, nesse sentido, este trabalho se configura também como um testemunho de meu percurso, desvelando meu próprio processo na construção da psicanalista que fui/sou/me tornarei.

Esta perspectiva é fecunda, pois direta ou indiretamente assinala o movimento de transformação contínua, acima situado:

---

[5] Ver página 36.

> Sabemos que, desde as suas origens, a psicanálise surge não só como terapêutica, mas também como um método de investigação, inicialmente bastante subordinada ao projeto científico. No texto freudiano intitulado "Análise terminável e interminável" está colocada uma perspectiva fundamental para se pensar a investigação em psicanálise. Nele vemos que o método psicanalítico é posicionado não na busca de um objetivo determinado ou de algo a ser concluído, mas como um **procedimento processual**. Trata-se de uma característica do processo psicanalítico diretamente relacionada às peculiaridades da subjetividade humana: ***a contínua abertura para o devir*****.** Essa perspectiva pode ser encontrada nos trabalhos de Lacan, nas formulações de Bion ou nas de Winnicott. Temos aqui um princípio fundamental da investigação em Psicanálise: *ela é um processo investigativo não conclusivo*. (SAFRA, 2001, o grifo é meu).

Neste modelo metodológico, o rigor da pesquisa encontra-se na preocupação com a coerência e fidelidade aos princípios que norteiam a prática da investigação em psicanálise, mas sem perder de vista um “mais além”. Deste modo, houve um exercício de não somente contemplar a tradição, mas buscar “investigar para além do conhecido, produzindo um trabalho que revele sua autoria e autonomia de pensamento [do/a pesquisador/a]. ” (Safra, 2001).

Assim, advindo da experiência clínica, como resultado de um exercício de conceituação daquilo que pude ouvir e que se fez ouvir dessa experiência, resultou a proposição da Dimensão Sensível. Tal proposição significa o privilégio a uma faceta do fenômeno clínico, não necessariamente traduzida e descrita por outros/as autores/as da forma como aqui proponho, mas tentando alguma coerência interna que a faça inteligível e passível de uso (contra)argumentativo pelos pares de um mesmo campo.

Feita essa ressalva acerca do método, segue a estratégia “arquitetônica” (o sumário e divisão das partes) construída para sustentar a proposição da Dimensão Sensível:

- PARTE I: busca situar o/a leitor/a na historicidade da questão de pesquisa, possibilitando um detalhado panorama dos meandros que exigiram a proposição e defesa de uma Dimensão Sensível na clínica psicanalítica, além de um recorte esclarecedor da atualidade das discussões que tangenciam e incidem na, e/ou a partir de, tal dimensão.

- PARTE II: nesta segunda parte da tese, dois pontos são trabalhados. Primeiramente, se buscou questionar a ideia de uma neutralidade do/a

analista que, na história da psicanálise, se configurou como ponto de fácil promoção de “tabus da técnica”, por assim dizer, possivelmente dificultando – como se fará claro ao/à leitor/a - aprofundamentos que se referem à Dimensão Sensível. Freud e Ferenczi são contrapostos, evidenciando tal problemática e ajudando a perceber a necessidade de concepção de uma área de afetação mútua e de um espaço “entre” analista/analisante. Num segundo momento, em diálogo com Winnicott, relembro a importância do/a analista resguardar a própria sensibilidade, sendo este um fator determinante da continuidade do tratamento e do manejo dos fenômenos vividos no então nomeado espaço “entre”.

- PARTE III: o objetivo desta parte da tese foi sustentar as razões pelas quais me foi impossível não ponderar a importância da sensibilidade e tato do/a analista na situação e manejo clínico, bem como do “entre”, culminando disso a necessidade de definição dessa faceta do campo psicanalítico que nomeei Dimensão Sensível. Para tal, recorri à descrição de alguns possíveis modelos norteadores do manejo clínico, fruto de como pensei a situação clínica em minha prática e em diálogo com a teoria.

- PARTE IV: com a contextualização e sustentação dos motivos e das bases que me levaram a propor a tese da Dimensão Sensível, realizei uma “fragmentação” de diferentes aspectos que julgo pertencentes e/ou permeáveis a tal dimensão para, a partir de tal estratégia, realizar sua definição propriamente dita.

Como o/a leitor/a possivelmente observará, as partes I, II e III da tese são a sua base de sustentação e a parte IV é o produto lapidado, a consequência do que determinou sua existência. A exemplo da imagem de uma árvore, as três primeiras partes são as raízes e o tronco, sendo a quarta e última parte a copa e os frutos.

PARTE I - DISPARADORES DO PROBLEMA DE PESQUISA.

Figura 1 – Ilustração inspirada na obra “Impossible Bridge”, de Istvan Orosz, intitulada “**APonte** ”, de DURSKI, L. M. & MACEDO, C. (2015).

Para esclarecer as circunstâncias que me levaram ao desenvolvimento desta tese sobre a Dimensão Sensível, é preciso fazer uma retomada histórica de meu percurso clínico, teórico e acadêmico.

De início, minha prática clínica (entre os anos de 2005 e 2010, nos quais eu realizava, prioritariamente, atendimento clínico no âmbito hospitalar/ambulatorial, com pacientes internados no serviço de oncologia, infectologia e endocrinologia pediátrica de um hospital geral) e as decorrentes perguntas teóricas que resultaram dessa experiência me incitaram a especular, na realização do meu mestrado, como as relações entre aparelho psíquico e corpo orgânico podem ser pensadas. Na época, meus interlocutores foram Freud e Winnicott.

Desde minha graduação[6] em Psicologia, que teve início no ano de 2002, a assimilação da teoria psicanalítica como referência para se pensar a clínica estava quase que integralmente centralizada em Freud e permeada fortemente pela perspectiva lacaniana de “ler Freud” (naquele período, o quadro de professores/as de psicanálise de minha universidade era inteiramente lacaniano).

Logo após a graduação, no ano de 2007, iniciei uma especialização em psicanálise, também sob a perspectiva Freud-Lacan[7]. Permaneci, ainda, por dois anos em uma escola psicanalítica lacaniana realizando cartéis. Dentro deste contexto, sentia um mal-estar crescente que, na época, não me era muito claramente inteligível acerca de certa tendência dogmática decorrente de um lugar de verdade que Freud e Lacan pareciam ocupar nos discursos de meus/minhas professores/as da graduação, da especialização e de grande parte dos/as psicanalistas que conheci ao frequentar uma escola de psicanálise.

Esse mal-estar foi coadjuvante da abertura que me possibilitou questionar e criticar discursos que tendem ao dogmatismo. Quando percebi que eu e outros/as colegas sentíamos vergonha de referir autores/as outros que não Freud e Lacan nestes ambientes psicanalíticos, fez-se claro um problema: a promoção de um silenciamento. Comecei a notar, mais nitidamente, perigosos lugares e discursos acerca de uma verdade inquestionável que pressupunha, justamente, uma

---

[6] Graduei-me em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná no ano de 2006.

[7] Retomo aqui meu “passado lacaniano”, por assim dizer, posto que, por se tratar de minha herança, o/a leitor/a notará em certas passagens uma terminologia que em muito se aproxima de usos tidos como clássicos na obra de Lacan. Em especial, quanto aos termos “direção de tratamento” e “corte”, o/a leitor/a pode supor equivalência de termos e significações, o que seria um equívoco. É pertinente anunciar, então, que tais termos, quando aparecerem, serão explicados e justificados ao/à leitor/a.

completude e a negação de um importante apontamento psicanalítico, o “saber-se faltante”.

Em concomitância com essa preocupação e incongruência por mim sentidas em termos dos dispositivos de formação em psicanálise dos quais eu dispunha na época, questões teórico-clínicas nas quais eu não conseguia avançar a partir dos autores com os quais dialogava, contribuíram para que uma nova possibilidade se presentificasse: me candidatei ao mestrado em psicanálise e escolhi por orientação uma professora que destoava das referências que até então tinham marcado minha formação. Minha orientadora do mestrado foi a Prof.ª Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro, professora-psicanalista cujo referencial teórico é fundamentado, especialmente, em Freud e em Winnicott.

Como ficou claro para mim desde a experiência do mestrado, e então com a experiência do doutorado, o/a orientador/a tende a uma função importantíssima de filiação e herança teórico-clínica. É uma função identitária que se dá para além mesmo dos/as autores/as com os quais se faz interlocução. Quer seja para me apropriar, recusar, criticar, ou fazer qualquer outro uso dessa herança, essas experiências se tornaram o “passado” a partir do qual me constituí e me constituo em termos não somente da psicanalista que fui/sou/serei, mas da pessoa que fui/sou/serei. Como Winnicott pondera, só é possível ser original a partir de uma tradição.

Assim, foi somente no momento do mestrado (2009) que Winnicott tornou-se interlocutor de minhas indagações clínicas e isso se deu, então, especialmente pelo fato de que sua obra me ajudou a elucidar e fazer ecoar problemáticas que minha prática anunciava, mas que eu ainda não tinha recursos teóricos para explicitar em palavras.

Sobre a especificidade das problemáticas que me “conectaram” a Winnicott, estavam recorrentes manifestações de pacientes que me levavam constantemente a me ver às voltas com situações e questões pertinentes ao que eu pude situar como “períodos anteriores à formação do Eu[8]”. Com isso, indagando sobre condições psíquicas primitivas, notei que muito do que eu vivenciava na clínica não era justificável a partir da pressuposição de um estado inicial de onipotência garantido. Pressuposição aparentemente presente na obra freudiana.

[8] Em minha dissertação de mestrado esse contexto se faz claro. (Ver nota de rodapé 10).

Quando Freud defende que “Há muito mais continuidade entre a vida intrauterina e a primeira infância do que a impressionante interrupção do ato do nascimento nos teria feito acreditar. ” (Freud, 1926 [1925], p. 137), ocorre um *a priori* questionável: primeiro se infere que a vida intrauterina estabelece um ambiente de proteção de estímulos muito intensos para o bebê, o que não necessariamente é fato; e, em segundo lugar, se infere que uma proteção materna/ambiental ocorre (e ocorre suficientemente bem) após o nascimento, o que também não é necessariamente um fato verdadeiro.

Foi especialmente neste ponto potencialmente conflitivo da obra freudiana que Winnicott foi muito importante para mim como voz elucidativa dessa questão. Sua concepção de mãe/ambiente[9] suficientemente bom e de *holding* me permitiu a (re)consideração da organização psíquica primitiva e suas implicações no psiquismo adulto.

A relevância dada por Winnicott aos cuidados maternos iniciais, cuidados que possibilitam a base para o sentimento de continuidade do ser, foi fundamental em minhas reflexões. Ela justificava de maneira bastante coesa e coerente inúmeras manifestações às quais tive acesso em minha prática clínica, especialmente em pacientes com diagnóstico de doenças psicossomáticas (situações frequentes no âmbito hospitalar).

Por conseguinte, como resultado de minha dissertação[10] de mestrado, na qual pude avançar profundamente na metapsicologia freudiana e nos postulados winnicottianos sobre o desenvolvimento emocional, cheguei a algumas importantes constatações. São elas: a) as implicações clínicas do fato de que o Eu não existe a priori, de que ele antes tem de ser formado; b) uma “não-garantia” da identificação primária; c) o paradoxo (diferente de dualidade) entre pulsão de vida e pulsão de morte, entre construção e destruição e separar e unir; d) a variação temporal, ou aquilo que em minha dissertação nomeei de “concomitância de fases”, intrínseca à

---

[9] O amálgama mãe/ambiente permite fazer notar que quem faz a função de ambiente sustentador não necessariamente é a mãe biológica. Embora, claro, devamos considerar que o papel de ambiente sustentador suficientemente bom, nos termos winnicottianos, seja facilitado pelo período de gestação, pois, pelo fato de o bebê ter um dia sido parte do corpo da mãe propicia a identificação dela com ele. Também, esse amálgama, na obra winnicottiana, é referenciado no sentido de, nos estádios primitivos do desenvolvimento emocional, o bebê não diferenciar a mãe que cuida de todo ambiente circundante que eventualmente participa dos cuidados do bebê. Há, aliás, outra diferenciação importante em Winnicott no que se refere a um paralelo/contraponto entre o amálgama “mãe-ambiente” e “mãe-objeto” e sugiro ao/à leitor estar atento/a a tais ponderações para evitar confusões.

[10] DURSKI, L. M. (2011) **Entre o Psíquico e o Somático – Um estudo, a partir das obras de Freud e Winnicott, sobre os limites e as possibilidades da clínica psicanalítica**. Dissertação de Mestrado, orientada pela Prof. Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro. Universidade Federal do Paraná (UFPR).

própria formação do aparelho psíquico (o que, inclusive, também pressupõe um paradoxo entre passado e presente); e) a importância do ambiente no desenvolvimento emocional; e, f) as consequências clínicas do que as constatações acima detêm, especialmente naquilo que situei em minha dissertação de mestrado como um “núcleo indiferenciável” - e permanentemente produtor de efeitos – entre sujeito/objeto, mundo externo/mundo interno, Eu/não-Eu, bebê/ambiente-mãe e, obviamente, também entre analista e analisante.

Com isso, quase dois anos após a realização do mestrado e em consequência de reflexões e efeitos oriundos da prática clínica[11] e da análise pessoal, decidi iniciar o processo de candidatura ao doutorado (2012).

No ínterim entre o término do mestrado e a candidatura ao doutorado (2010-2012), aproximei-me de outro autor que também se tornou importante para minhas reflexões acerca da clínica: Sándor Ferenczi.

Quando de minha candidatura ao doutorado, inicialmente, minha sugestão de pesquisa tinha o sentido de propor uma reflexão acerca da emergência de processos criativos na clínica psicanalítica.

Esta questão inicial de pesquisa foi se construindo em decorrência da experiência clínica: na época, começava a notar nos atendimentos de minhas e meus pacientes a recorrente manifestação de um conflito entre uma vontade de liberdade e uma vontade de pertencimento que, a princípio, pareciam ser contraditórias. Em maior ou menor grau, e de formas específicas no que se refere a cada caso, tal conflito tendia a estar presente.

De uma maneira bastante clara isso me foi demonstrado por uma paciente, em uma sessão específica, em que ela, uma mulher de 33 anos, queixava-se do quanto os ideais de beleza apresentados por sua família, sociedade e dispositivos midiáticos lhe foram e eram prejudiciais, e que para ela não haviam sido apresentados, mas, sim, impostos. Essa paciente se considerava feia, sem valor e sentia-se presa numa dinâmica de estar sempre fora dos padrões. Além disso, esse “fora dos padrões” para ela significava estar fadada a ser inferior, excluída e rejeitada.

Ao fim de uma sessão específica, no momento de despedida, eis que ela me pergunta: “Você gosta de mim? Acha que estou indo bem na análise?” Um dilema

[11] Agora, devo citar aqui não somente a prática no âmbito hospitalar, mas também os atendimentos clínicos na clínica particular com crianças, adolescentes e adultos (de 2007 até o momento).

fez-se claro nesse momento: por um lado ela me pedia acolhimento, mas, por outro, demonstrava perpetuar certa dependência em colocar num outro os parâmetros que definiriam se ela era alguém de valor.

Três vozes dessa paciente foram ouvidas por mim nessa sessão: a) uma queria libertar-se da prisão de nunca ser o que o outro queria, revoltava-se com o fato de que para ter valor era preciso “moldar-se” a padrões externos pré-estabelecidos; b) a outra voz pedia acolhimento e empatia como que para observar se eu compartilhava sua dor; e c) a terceira voz buscava efetivamente ser o que ela supunha que outro queria dela, mediante os padrões, normas e ideais de beleza, de comportamentos pré-estabelecidos e presentes no discurso familiar, social e midiático nos quais ela estava inserida e os quais ela própria propagava. Esta paciente parecia presa a um modelo inescapável de estar no mundo: perseguir (e nunca alcançar) o ideal de mulher que ela acreditava ser inquestionável. Ao atingir esse ideal (impossível), finalmente, ela existiria no mundo e poderia então sentir-se realizada, reconhecida. Sentir, enfim, que seria alguém.

Em suma, na problemática explicitada, essas três vozes misturavam-se e deflagravam algo da ordem de um boicote subjetivo que demonstrava congelar esta paciente numa dinâmica de sempre estar aquém das expectativas e de, no final das contas, sentir-se à margem da própria vida. Sua vida não lhe pertencia e era a suposição que ela tinha do que os outros esperavam dela que movimentava seu ser no mundo.

Este fragmento clínico desponta um campo específico a partir do qual minha questão de pesquisa começou a se organizar, anunciando alguns dos perigos da destituição da capacidade criativa humana decorrente do excesso de um viver via reação aos ditames do meio e um excesso de adaptação aos modelos e ideais de existência vigentes em dada sociedade. Nesse sentido, ao que minha experiência indicava até aquele momento, foi possível defender que a clínica da psicanálise propõe um posicionamento especifico no que concerne aos fundamentos da existência humana: a emergência de processos criativos.

Pacientes que me davam a impressão de que a vida não vale a pena ser vivida; casos que denotam uma aversão à vida, nos quais o/a paciente parece fadado/a a afastar-se da própria vida e a atingir um estado de “não-ser”; casos que apresentam uma paralisia da espontaneidade e um aprisionamento em modelos e ideais nunca atingidos sobre o que seria uma vida bem-sucedida; pacientes que se

sentem à margem da própria existência, que vivem uma vida mortificada, por assim dizer. Todas estas problemáticas coadunam-se no sofrimento de uma vida paralisada e no prejuízo do fruir da criatividade.

Assim, de fato, quando aprisionado em uma única modalidade de existir ou quando impossibilitado de criar, o ser-humano tende a atingir como que uma “morte em vida” que sugere um excesso de paralisia e que resulta, por sua vez, em doença - se por doença entende-se a hegemonia de tendências destrutivas (de si, dos outros e da natureza).

Tendo em vista essa problemática da emergência de processos criativos, minha sugestão de percurso inicial no doutorado era seguir os passos de Freud, Ferenczi e Winnicott, realizando uma pesquisa muito aproximada a uma revisão bibliográfica. Porém, após minhas construções e vivências terem tido contato com a perspectiva teórico-clínica de meu orientador de doutorado, o Prof. Dr. Gilberto Safra, com muitas de suas orientações me levando a tentar partir mais claramente da minha própria prática para então pensar a teoria, somadas ao exame de qualificação, ao acúmulo de mais e novas experiências clínicas, à análise pessoal, às reformulações, revisões e ampliações teóricas, tal movimento resultou em uma importante reestruturação em termos de definição das estratégias para o percurso da pesquisa: houve um amadurecimento de posicionamento, de um autorizar-me a partir da minha clínica – ironicamente eu também estava tentando sair da margem e existir como clínica e autora.

Vê-se, aliás, num paralelo entre minha dissertação de mestrado e minha tese de doutorado o testemunho da passagem de pesquisadora que dissertava sobre o outro (Freud e Winnicott), para uma autora que se aventura mais em partir das próprias experiências e vivências em diálogo com o outro (especialmente Ferenczi e Winnicott). Passagem esta, creio eu, desejável em termos de um passar do dissertar para a proposição de uma tese, para a criação e possível autoria.

Destarte, após um período intenso de estudo teórico e revisão bibliográfica dos meus autores de base, quando eu estava às voltas com a questão da sensibilidade/tato do/a analista no manejo clínico, comecei a constatar uma provável existência de uma herança teórica entre Ferenczi e Winnicott.

A meu ver, ambos os autores dialogam sobremaneira, numa coerência notável, com relação a reflexões e ponderações acerca do manejo na clínica - ambos parecem ponderar sobre efeitos decorrentes de um manejo sensível ou não,

com ou sem tato, no espaço entre analista/analisante. Esta relevância, em sintonia com minha vivência no dia-a-dia da clínica, ajudou-me a nomear certas condições pertinentes ao espaço entre analista/analisante que resultaram no que eu mesma então nomeei de Dimensão Sensível.

Tentando pensar e me direcionar à questão da emergência de processos criativos, cheguei à Dimensão Sensível - “Colombo não queria chegar à Ursa Maior, mas às Índias – e, como muitas vezes acontece na análise, chegou à América. ” (Mezan, 1993).

Percebe-se que muitos foram os meandros que mudaram o direcionamento de minha pesquisa. Ao tentar o exercício de centralizar meus questionamentos a partir da prática clínica, as primeiras reordenações da proposta inicial começaram a ocorrer, culminando no momento do exame de qualificação (2014), o qual deixou bastante claro para mim que estava na terceira parte do trabalho[12] - então intitulada “A dimensão estética[13] inerente ao manejo da transferência” – o conteúdo a partir do qual parecia haver uma tese incipiente e uma maior possibilidade de fruir da minha própria potência autoral, além da promoção de uma contribuição teórica-conceitual que visa elucidar uma região do campo psicanalítico passível de ser aproveitada por outros/as autores/as.

Outro fragmento clínico sintetiza o que posso apontar como o “gérmen” desta tese sobre a Dimensão Sensível: “Eu sempre me sinto estranhamente desconfortável quando olho para o relógio, isso faz algum sentido para você? ”. Esta foi a pergunta que fiz a meu paciente, um rapaz de 23 anos, quando não conseguia encontrar motivos em mim para justificar esta inquietação. “Sim! Sempre que você olha para o relógio eu sinto que você quer que eu vá embora logo, que não vê a hora de terminar a sessão”. Tal foi sua resposta à minha pergunta.

Quando essa pergunta foi feita, significou uma tentativa de libertação, por assim dizer, de algo que estava subtendido à relação (contra)transferencial, mas que não era dito e, como pude notar melhor posteriormente, nem conscientemente notado pelo paciente para poder ser anunciado.

---

[12] No momento do exame de qualificação, minha problemática de pesquisa ainda girava em torno da emergência de processos criativos na clínica psicanalítica, sendo que o trabalho tinha uma subdivisão capitular de três grandes partes, a saber: 1) fundamentos e concepções sobre psiquismo e devir humano; 2) devir humano e a dimensão ética da prática clínica, e; 3) a dimensão estética inerente ao manejo da transferência.

[13] Após importantes reflexões e estudos, logo à frente no texto, deixarei claro a escolha do termo “dimensão sensível”, em substituição ao termo “dimensão estética”. (Ver página 38).

Meses depois, confirmou-se que este episódio, na história dos atendimentos deste paciente, condensava importantes tendências transferenciais especialmente no sentido de haver certa confusão entre, por um lado, um intenso medo de ser abandonado e, por outro, uma atitude tenaz em despertar um sentimento de desconforto que me levava a querer, de fato, que ele deixasse o tratamento. Em outros termos, este rapaz apresentou e sedimentou uma dupla-tendência na relação analista-analisante: ele parecia esforçar-se para ser amado e, também e ao mesmo tempo, por ser rejeitado.

Era marcante o quanto ele esforçava-se por exercer poder e controle sobre inúmeros fatores de sua vida e de sua análise, tendo, assim, dificuldades em fazer e manter amigos e relações amorosas e exigindo de mim muita paciência em esperar que ele próprio conseguisse notar o quanto ele ativamente se fazia aversivo ao outro.

Este rapaz demonstrava intenso medo da solidão e, ironicamente, buscava-a. Nesse sentido, era notável que suas escolhas amorosas se davam por mulheres excessivamente submissas, as quais ele poderia moldar, escolhendo suas roupas, corte de cabelo, determinando como elas deveriam se comportar, onde deveriam ir e com quem deveriam fazer amizades. Também comigo ele realizava esse exercício extenuante de modelagem: nem mesmo o estabelecimento do valor da sessão era realizado em conjunto. Sempre que chegávamos a um acordo financeiro, ele pagava “um pouco a mais”, dizendo ser um gesto de gratidão e, quando eu então aumentava o valor da sessão, ele argumentava que não poderia pagar aquele valor fixamente, que só estava pagando aquele “a mais” naquela ocasião. O problema é que esse tipo de ocasião se repetia e ele não parecia notar que, sob certo ângulo, ele não entrava em acordo comigo – a título de um sentimento de gratidão, achando ser aquilo um “bem” que fazia a mim, ele me “atropelava”.

Com isso, era como se ele não me deixasse “fazer parte da brincadeira” - ele parecia ter uma séria dificuldade em compartilhar seus medos, sonhos, desejos, fantasias, etc. Essa percepção de fato se confirmou quando ele lembrou que gostava muito de brincar sozinho, especialmente com seus brinquedos preferidos, pois as outras crianças poderiam estragar seus brinquedos.

Com a forma como ele vivenciava a análise, a sensação despontada em mim era de que sempre havia uma injustiça e uma relação de poder e domínio implícitas, o que fazia com que eu nunca me sentisse junto e/ou com ele, mas sempre superior

e/ou inferior a ele. Este rapaz parecia não conseguir conceber, ou até mesmo vislumbrar, que existem outros possíveis modos de estar no mundo que não modos tão aniquiladores (de si e do outro).

Sobre isso, aliás, uma lembrança veio à tona na análise: quando era criança, nos dias que poderia levar algum brinquedo seu para a escola, o paciente sempre levava seus piores brinquedos pois sentia ciúmes, excesso de zelo e medo que seus/suas amigos/as de escola estragassem algum brinquedo que realmente gostasse.

Esse excesso de zelo por seus brinquedos, especialmente carrinhos, fez com que ele mesmo deixasse de brincar, levando-o ao ponto de satisfazer-se apenas em guardá-los intactos, garantindo sua conservação. Em resumo, parecia que este rapaz demonstrava que tudo que ele tivesse de “bom” e de “valor” não poderia ser compartilhado com os outros, que apenas teriam acesso a essa sua parte “boa” caso a arrancassem sem o seu consentimento, parecia que, para ele, os outros significavam uma ameaça ao que ele tinha de valor.

Assim, como posteriormente se fez claro na análise deste paciente, o episódio do relógio de fato continha muitos detalhes sobre a forma como ele vivia as experiências da vida. O que comecei a notar e situar, pensando a partir deste episódio, foi que embora ele contivesse muitos detalhes sobre como o paciente vivia as experiências da vida, tais detalhes estavam muito distantes de serem ditos. De qualquer modo, apesar de não perpassar necessariamente a fala do paciente, existia todo um colorido de sensações, afetos e ações que diziam muito sobre ele.

Este rapaz chegou ao ponto de não compartilhar comigo seu próprio casamento. Somente após casar é que conseguiu falar sobre o assunto na análise. Ele argumentava que sempre que algo poderia vir a se realizar em sua vida, ele tentava guardar o evento em segredo o maior tempo possível, evitando “inveja e mau agouro”, fatores que, segundo seu ponto de vista, poderiam estragar seus planos. Não compartilhando comigo, ele comunicava uma solidão profunda, bastante distante da possibilidade de vir à consciência, e que se fez sensível a mim por meandros e situações singulares e corriqueiras - tais como o desconforto que senti ao olhar para o relógio - e não por intermédio da fala, como um sofrimento que já lhe fosse óbvio e consciente.

Quando lhe anunciei o desconforto gerando em mim, arriscando uma conexão a qual sentia que o paciente apresentava, minha ação partira claramente de um

campo de difícil inteligibilidade que mais se aproximava de sensações e afetos, que de racionalizações e construções mentais-intelectuais advindas do conteúdo discursivo do paciente.

A questão “isso é meu ou é do outro” facilmente invadia minha ação quando este tipo de situação clínica acontecia. O fato é que não fazia sentido para mim ser tão desconfortável olhar para o relógio. Outros casos não me despertavam tal desconforto. Havia ali algo que não parecia ser apenas meu (eu ainda supunha que sujeito e objeto eram compreendidos, sempre, como isolados um do outro), ou que me afetava e invadia a partir de “fora”.

A maneira como cada paciente me afeta e como se constrói e se desenrola a relação (contra)transferencial foi, então, apresentando uma dimensão importante a ser considerada para pensar o manejo clínico. Como nesta última vinheta clínica descrita, havia um campo de afetação implícito no sentir o desconforto em olhar para o relógio. Negar esse campo de afetação seria negar a própria pertinência da intersubjetividade em jogo na clínica. Cada vez mais percebia a necessidade de pensar a clínica num espaço entre analista/analisante e numa relação dialética entre transferência-contratransferência:

> Uma análise não é simplesmente um método de descoberta do oculto; é principalmente um processo de criação de um sujeito analítico que não existia antes. Por exemplo, a história do analisando não é descoberta, ela é criada na transferência-contratrasferência, num fluxo perpétuo em que a intersubjetividade do processo analítico evolui e é interpretada pelo analista e pelo analisante. Dessa forma, o sujeito analítico é ‘criado por’, e existe em permanente evolução na intersubjetividade dinâmica do processo analítico: o sujeito da psicanálise toma forma no espaço interpretativo entre analista e analisando. O término de uma experiência psicanalítica não é o fim do sujeito da psicanálise. (OGDEN, 1994, p. 42).

Este aspecto da experiência analítica, desse espaço “entre” analista-analisante, está em consonância com a noção winnicottiana de espaço potencial[14]. Concordo com Winnicott quando ele situa que a constituição subjetiva só se dá a partir do outro - fazendo referência à situação psíquica primitiva, só é possível pensar o bebê em conjunto com a mãe(ambiente).

[14] Este ponto também é referido no tópico 2.2 (ver página 51).

Nesse sentido, o conceito de espaço potencial é fundamental na contribuição que Winnicott faz para pensarmos o devir humano. Sobre isso, peço ao/à leitor/a, espaço para uma breve digressão teórica.

Winnicott defende que se o bebê não cria subjetivamente o objeto que lhe é apresentado ou se não há apresentação de objeto quando o bebê está disposto a realizar essa criação subjetiva, então não ocorre a **ilusão** da criação do objeto necessária para que esse bebê tenha esperança de realizar-se no mundo, sentir-se pertencente a esse mundo e sentir a vida como digna de ser vivida.

Em outros termos, parece que Winnicott então aponta para algo da ordem de uma "via de mão dupla" necessária e razoavelmente operante nos "dois lados da direção – bebê e mãe" para que o bebê venha a desenvolver a sensação de ser real, de pertencimento e de esperança na autorrealização. Idealmente, temos que enquanto o bebê cria subjetivamente o objeto, o mundo apresenta algum objeto a ser criado:

> No início a mãe permite que o bebê domine e, se ela não o faz, o seio objetivamente percebido não se sobreporá ao objeto subjetivo do bebê. Poderíamos mesmo dizer que, ao se ajustar ao impulso do filho, a mãe permite que o bebê tenha a ilusão de que o que está lá é algo criado por ele; como resultado, não ocorre apenas a experiência física da satisfação pulsional, mas também uma união emocional e o início de uma crença na realidade como algo acerca do qual se pode ter ilusões. (WINNICOTT, 1931-1956, p.296).

O conceito de espaço potencial assinala esse campo intermediário, transicional, essa terceira área da experiência associada aos fenômenos e objetos transicionais que se relaciona com a perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas. Área intermediária fora da qual não há a ilusão do contato necessária para o alcance do sentimento de realização de si.

A ideia de ilusão muitas vezes pode ser interpretada como algo negativo, apartado da realidade, neste ponto é preciso considerar os efeitos da realidade psíquica na existência humana. Independentemente do fato de haver ou não algum tipo de "encontro real" entre o indivíduo e o ambiente/mundo externo/outro/objeto,

trata-se de notarmos a importância da conquista da "ilusão de contato[15]". A essa ilusão, aliás, Winnicott situa sua concepção de saúde. Vejamos:

> Acho que podemos admitir que, do ponto de vista emocional, não existe nenhuma contribuição do indivíduo para o ambiente ou do ambiente para o indivíduo. O indivíduo apenas se comunica com um mundo auto-inventado, e as pessoas no ambiente apenas se comunicam com o indivíduo na medida em que podem criá-lo. Contudo, quando há saúde, **existe a ilusão do contato**, e é ela que oferece os pontos altos da vida humana e faz com que as artes se encontrem entre os aspectos mais importantes da experiência humana. (WINNICOTT, carta a Roger Money-Kyrle, de 27 de novembro de 1952 [1896-1971], p.53, o grifo é meu).

Em suma, Winnicott pondera que é o objeto transicional (ursinho, pedaço de cobertor, etc.) que testemunha essa jornada no sentido da experimentação. O objeto transicional elucida a influência do teste de realidade e o uso da ilusão que possibilita a ideia de relação com um objeto que, por ser também objeto criado (além de percebido) - ou seja, subjetivo e pertencente a realidade externa ao mesmo tempo - é por outros percebido como externo ao ser que o criou. Contudo, não é apenas um objeto externo, contempla uma importante faceta de externalidade, mas também é um objeto concebido subjetivamente, criado.

Isso nos remete à possibilidade de um problema já acima mencionado: em que a mãe inconscientemente vê no seu bebê apenas aspectos de si mesma que projeta nele. Trata-se do desenvolvimento da capacidade humana de considerar o outro (e a si mesmo). Tarefa sensível e nada fácil, posto que, além de tal desenvolvimento depender fundamentalmente da provisão ambiental, após sua conquista (da capacidade de *concern*[16]) outros fatores se destacam, especialmente fatores narcísicos que levam o humano a não se dar conta de que, muitas vezes, ao achar que está considerando o outro, pode estar, em contrapartida, apenas inconscientemente vendo a si mesmo.

Quando inconscientemente projetamos no outro apenas aspectos de nós mesmos, o que opera a tragédia de tal dispositivo é "não saber disso". Assim como Narciso, o problema estava no fato dele não saber que se apaixonara pela própria

---

[15] Vale acrescentar, paradoxalmente, a seguinte citação: Na psicologia do indivíduo, entretanto, há um aspecto importante do relacionamento sobre o qual podemos dizer que mesmo no contato mais íntimo possível haverá uma ausência de contato absoluto, permanentemente e para sempre. (Winnicott, 1954-1971, p.178).

[16] Ver tópico 4.5 (página 110).

imagem, ou ainda, em Édipo, a questão que movimentou sua tragédia foi ele não saber que matara seu próprio pai e desposara a própria mãe.

Há um ponto de paradoxo nestes arranjos que Winnicott nos ajuda a notar melhor: um dia foi preciso uma indistinção constituinte Eu[17]/não-Eu, especialmente no sentido de uma indistinção criação-apresentação do objeto. Nesse sentido, parece que é preciso que esse outro/objeto tenha também sido interno, concebido subjetivamente, que tenha sido criado em si, para que exista também fora de si. O seguinte resumo esclarece um pouco mais esse ponto:

> Gosto de chamar um tal objeto de "objeto transicional"; ele é essencial e simultaneamente uma criação da criança e uma parte da realidade externa. Por isso, os pais respeitam esse objeto ainda mais do que respeitam os outros brinquedos, bonecos e ursinhos que rapidamente aparecem. O bebê que perde seu objeto transicional perde de uma só vez a boca e o seio, a mão e a pele da mãe, a criatividade e a percepção objetiva. Esse objeto é uma das pontes que tornam possível um contato entre a psique individual e a realidade externa. (WINNICOTT, 1958-1964, p.217).

O objeto transicional revela, portanto, alguns dos mecanismos necessários para a ocorrência de uma **ponte** entre a psique individual e a realidade externa e esse mecanismo é, em suma, essa possibilidade de "sobreposição" entre a apresentação do objeto e a criação subjetiva deste. Tal mecanismo dirá da progressão entre a criatividade primária (o movimento do bebê em conceber subjetivamente algo que se relaciona com a satisfação pulsional e, também, com uma "realização emocional", por assim dizer) e sua capacidade perceptiva.

No entanto, paradoxalmente, advém de uma indistinção eu-outro um grave problema no que tange à clínica: a desconsideração (de si e do outro), quando não operante uma diferenciação. Em outros termos, para existir fora, o objeto precisa existir dentro e, para existir dentro ele precisa sobreviver e dar testemunhos de sua continuidade externa quando destruído e/ou atacado (interna e/ou externamente).

---

[17] Quando utilizo o termo "Eu", com maiúscula, me refiro ao "Eu" da segunda tópica freudiana, instância psíquica que, em linhas gerais, faz a mediação entre as diferentes forças passiveis de incidência no psiquismo: exigências do Id e Supereu, bem como do Princípio de Prazer, de Nirvana e de Realidade (Freud, 1923). Aliás, como o/a leitor/a observará, especialmente a partir da referência aos textos de Winnicott, os termos "eu" (minúscula) e "ego" parecem se confundir. Além disso, o termo "self" também é evocado a partir da referência a Winnicott. Foge ao escopo deste trabalho pormenorizar a conceituação winnicottiana de tais termos e, deste modo, este trabalho subentende um/a leitor/a já familiarizado com a problemática das traduções, nuances, equivalências e distinções conceituais acerca de tais termos.

Eis, portanto, a consideração de que a existência humana não se dá sem ser franqueada por um outro. No sentido dessa argumentação, Safra (2005) é esclarecedor:

> Tradicionalmente, na psicologia e na psicanálise tem havido ênfase no estudo da subjetividade, do psiquismo, da realidade interna ou do mundo interno. O comum tem sido conceber o homem independentemente de seu meio, de seu acontecer e de suas ações no mundo. Trata-se de um vértice que isola o ser humano e que compreende suas diversas manifestações psíquicas sempre a partir da problemática subjetiva. O fato é que esse tipo de recorte leva-nos a perder de vista fenômenos importantes na compreensão da condição humana. Quando Winnicott afirmou que "não existe um bebê sem sua mãe", estava assinalando um princípio para a compreensão do self, que, na verdade, está presente a cada momento do processo maturacional: não existe o self sem o outro, o self acontece no mundo. O acontecer humano demanda a presença do outro. As primeiras organizações psíquicas do bebê, a entrada na temporalidade, a abertura da dimensão espacial, a personalização, só se constituem e ganham realização pela presença de alguém significativo. (SAFRA, 2005, p.147).

Então, após essa breve digressão, justamente tentando ser coerente com essa perspectiva do acontecer humano que não pensa o indivíduo como um ser supostamente isolado, como é possível o/a analista considerar-se "de fora" do processo analítico? Tal situação constituiria uma impropriedade.

Na concepção da constituição humana brevemente expressa, o/a analista está comprometido/a com suas e seus pacientes de corpo e alma, em carne e osso e até o pescoço. Não há a possibilidade de uma assepsia e neutralidade nesse espaço "entre". O que indica que "é em parte por este caminho (isto é, por meio da análise da contratransferência) que o analista tem acesso à natureza dos estados de ser que formam a matriz do mundo interno do paciente" (Ogden, 1994, p.161).

Ora, se é por meio da contratransferência que o/a analista tem acesso ao mundo do/a paciente e se é a partir desse espaço "entre" que (re)criações de si (do/a analista e do/a analisante) poderão ocorrer, é preciso nomear que dimensão é essa que perpassa esse espaço "entre". Que dimensão é essa que diz da contratransferência e que anuncia a importância do/a analista estar atento às flutuações do/a paciente e às próprias flutuações de pensamento, do ritmo, do uso do espaço e das sensações geradas no aqui-agora desse "entre"? Enfim, que dimensão é essa que abrange como que uma "**interseção**" na qual participam

conteúdos do/a analista e do/a paciente e que faz com que o/a analista pondere tal interseção a partir de seu universo sensível? Nomeio tal dimensão de Dimensão Sensível.

Nas duas vinhetas clínicas supracitadas havia, aliás, a expressão de um mecanismo de moldar e ser moldado pelo outro que implica uma desconsideração, em maior ou menor grau, de si e/ou do outro. Mecanismo paradoxalmente concomitante a uma preocupação com o outro. Havia um cabo de guerra, por assim dizer, entre consideração/desconsideração de si e/ou do outro que pendia para certa priorização (inconsciente) da desconsideração e esse ponto parecia ter uma centralidade na manifestação sintomática destes pacientes. Exigindo bastante de mim nessa dialética (contra)transferencial, tamanha foi a problemática, que tornou inegável o efeito salutar do uso da minha presença no aqui-agora das sessões para que minhas e meus pacientes talvez finalmente se permitissem uma maior percepção, consideração e preocupação consigo e com o outro.

É justamente na tentativa de contemplar e estabelecer uma coerência - a maior possível até o momento - com a ideia de que não há um/a analista e/ou um/a paciente solitário/a no processo analítico. Se tal situação está ocorrendo aponta para problemáticas que devem ser abordadas e, se tudo correr bem, modificadas.

Tento aqui deixar clara minha posição de que uma teoria da clínica que subentenda o humano como radicalmente apartado de si, do outro e/ou da natureza, soa perigosa e antiética, pois ao supor uma cisão total eu-outro (independentemente da questão do "**encontro**" ser ou não "ilusão de encontro" – até porque, tendo em vista que a constituição psíquica só se dá com um outro, parece mais ilusório acreditar numa "ilusão de separação" que numa "ilusão de encontro") se abre margem para a propagação de não-considerações (*ruthless*), de desconsiderações ou destruições excessivas.

O que se observa, aliás, em termos da atualidade de reflexão acerca da tese que proponho é que muitos/as autores/as contemporâneos/as parecem tangenciar e incidir suas reflexões exatamente na e a partir do que aqui conceituo acerca de tal dimensão.

Notei, ao investigar o estado atual da discussão sobre o tema que escolhi pesquisar, que muitos destes/as autores/as têm por base exatamente as obras de Ferenczi e de Winnicott (entre outras obras de importante referência, como as obras de Melanie Klein, Anna Freud, Wilfred Bion, etc.). Parece que em Ferenczi e em

Winnicott há uma sincronicidade e familiaridade teórica que os aproximam e que, quase que inevitavelmente, atrai psicanalistas que tendem a se debruçar sobre questões relativas à situação psíquica infantil, especialmente na sua dependência das flutuações ambientais, no sentido winnicottiano do termo, somadas às consequências clínicas decorrentes de tal conjuntura.

Em diálogo com a comunidade acadêmica, destaco em dois termos frequentemente utilizados nos trabalhos de Gilberto Safra e Daniel Kupermann[18] – respectivamente os termos "dimensão estética" e "presença sensível" - reverberações importantes que incidem na e a partir da dimensão que conceituo aqui. Elenco estes dois autores contemporâneos e seus referentes termos de uso frequente para fazer um recorte do estado atual da discussão aqui proposta e tentar esclarecer, com e a partir do que pude assimilar de seus pontos de vista, um pouco mais acerca de minha própria posição teórica ao fazer uso e propor o termo Dimensão Sensível.

Nos trabalhos de Daniel Kupermann é possível observar que suas argumentações e construções teórico-clínicas se dão especialmente em articulação com as obras de Freud, Ferenczi e Winnicott. Em seu livro "Presença Sensível – cuidado e criação na clínica psicanalítica" (2008), vemos seu questionamento e posicionamento condensado sobre o estatuto do psicanalisar: "como o psicanalista pode, efetivamente, contribuir para minorar o sofrimento restritivo daquele que aceita seu convite para enveredar na experiência de produção de sentido compartilhado, facilitando a emergência de uma vida mais potente e criativa". (Kupermann, 2008).

Kupermann aponta um poder transformador da vida e regenerador de estados mortificados que a clínica da psicanálise possibilita se se considera a qualidade da presença do/a analista naquilo que Ferenczi designa sob o termo "tato". Há nesta perspectiva clínica um privilégio dado ao encontro afetivo estabelecido no espaço "entre" analista/analisante. Isso implica considerar "não apenas o "conteúdo" do que é dito [pelo/a paciente], mas também o tom de voz, o ritmo da fala, bem como a gestualidade que a acompanha, os silêncios e os risos, o que exige do psicanalista o pleno exercício da sua sensibilidade". (Kupermann, 2008, p.121).

---

[18] Inúmeros/as outros/as são os/as autores/as que discutem a psicanálise a partir de um viés paradigmático próximo ao aqui estabelecido, se referenciando, partindo e/ou incidindo na problemática aqui abordada. No entanto, foi preciso um recorte e escolha de apenas alguns autores para descrever o quadro atual da discussão sobre o tema. Tal ressalva é importante, pois é preciso esclarecer que esta tese obviamente não contempla todos/as os/as autores/as que incidem na mesma problemática, nem esgota o tema que pretende abordar, bem como a proposição que intenta possibilitar.

O autor contempla uma perspectiva fundamentalmente paradoxal, bastante marcada em Winnicott, de perceber a clínica e os fenômenos clínicos. Estar com o/a paciente, relevando a qualidade da própria presença no aqui-agora da clínica, atentando para a própria sensibilidade e implicações afetivas no espaço "entre" analista/analisante que delimitam e definem a própria direção do tratamento é uma das principais características a ser desenvolvida em um\uma analista que se pretenda sensível – o que significa ético.

> O desafio contemporâneo aos psicanalistas seria, assim, o de escutar esse SOS [de pacientes que apresentam um "abandono de si", por assim dizer, muitas vezes (re)atualizado numa relação analítica na qual o/a analista se pretenda "neutro"], disponibilizando-se de modo sensível à experiência de afetação mútua capaz de acolher o outro em sua diferença, intercedendo efetivamente em seu abandono. Dessa maneira, pode-se vislumbrar o estabelecimento amparador de uma "comunidade de destino" entre os parceiros da análise, como o que ocorre entre órfãos que se compreendem e se tranquilizam, o que viabilizaria para cada um, finalmente, o exercício pleno do estar só criador. (KUPERMANN, 2008, p.123)

Kupermann sublinha de uma maneira muito enriquecedora a questão da mutualidade em jogo no processo analítico. A criação de modos de subjetivação inéditos que renunciem relações de poder e de autoridade (em coexistência com modos antigos, uma vez que o passado permanece presente), possibilitando um encontro pela via do respeito e irmandade (expressada na figura dos "dois órfãos"), parece ser uma importante aposta clínica em muitos trabalhos do autor.

Também, os termos "disponibilidade sensível" e "dimensão estética" aparecem em artigos, ensaios e livros de Daniel Kupermann, além se serem estes termos bastante recorrentes em pesquisas e trabalhos de orientandos/as seus. Estes termos parecem se referir a uma mesma problemática, muitas vezes soando como termos equivalentes. Quando Kupermann argumenta que:

> O tripé no qual se sustentava a prática analítica [Freud] – associação livre, princípio de abstinência e interpretação – se mostrava desequilibrado, e elementos até então pouco reconhecíveis, como a preocupação com o 'tempo' e o ritmo de trabalho de cada analisando, a 'paciência' do psicanalista e a " 'ab-reação' das cotas de afeto estranguladas pela repressão" mostravam-se cruciais para a elaboração das resistências e o consequente avanço do tratamento (ibid, p. 202-203). Mas justo esses elementos, que constituem a "experiência que convence o paciente da existência e do poder de tais impulsos" que estão na base do seu sofrimento (ibid, p. 202), configuram o que nomeamos de **dimensão estética da clínica**,

> evitando que a psicanálise seja reduzida às técnicas de elucidação inteligível dos segredos do corpo e da alma, devedores do paradigma indiciário surgido no século XIX, como a semiologia médica e, mesmo, a arte da decifração explorada pela literatura policial (cf. Ginzburg, 1989). (KUPERMANN, 2010, p.37, o grifo é meu).

Ele se refere, entre outras coisas, “à necessidade de se relativizar a primazia do princípio de abstinência, atribuindo-se uma atenção especial à afetividade e à dimensão estética da clínica” (Kupermann, 2010). Dimensão estética e afetividade encontram-se intrincadas e desafiam a sensibilidade da presença e da disponibilidade do/a analista.

Vê-se que tanto os termos “presença sensível”, “dimensão estética” e “disponibilidade sensível” têm alguma ligação nos trabalhos de Kupermann, havendo certa relação entre estética-afetividade-sensibilidade.

Ao que pude perceber, quando Kupermann aponta a importância e implicação dessas facetas no processo analítico, ele tende a privilegiar o que se demanda do/a analista para que se constitua o próprio espaço “entre” levando-se em conta, conscientemente e de fato, a área de afetação mútua na análise. Nesse sentido, embora uma parte significativa do conteúdo desta tese contemple esta região situada “mais ao lado do/a analista que do/a paciente”, o termo Dimensão Sensível foi escolhido para situar o/a leitor/a de que se trata não somente do que concerne ao/à analista, mas de uma tentativa de contemplação de se pensar o fenômeno clínico a partir desse “entre”.

Caso eu escolhesse utilizar termos tais como “disponibilidade sensível”, “empatia”, “tato”, ou mesmo “presença sensível” - uma vez que foram as preocupações acerca do manejo da transferência o rumo de percurso que me levou a propor a Dimensão Sensível - incorreria em sublinhar um ângulo que foge ao escopo aqui proposto. Se eu assim fizesse, privilegiaria o “ponto de vista do/a analista”, por assim dizer. Embora minha tese incida, perpasse e seja “disparada” por esse ângulo - pela forma como eu, em minha singularidade, consigo fazer inteligível a mim e ao/à leitor/a tal dimensão - é para partir e sublinhar o espaço “entre” que decidi pelo termo “dimensão”.

Em outras palavras, a dimensão que aqui conceituo, embora não deixe de se referir substancialmente ao/à analista, também tenta contemplar essa intersecção do

espaço “entre” analista/analisante que, como vimos, está em sintonia com a concepção que enfatiza a presença do outro para a constituição de si mesmo.

Neste ponto, o pensamento de Gilberto Safra é fecundo. Safra (2004) situa que compreender o humano a partir do vértice da criatividade implica em conceber que a questão fundamental de sua existência “não é a morte, mas o fato de não vir a alcançar a possibilidade de ser o que se é” (Safra, 2004, p.59). Essa concepção dos fundamentos do acontecer humano é central em termos de perspectiva clínica uma vez que, como o autor anuncia, a possibilidade de SER só ocorre com um outro.

Doutro modo, e lembrando Winnicott, o humano se constitui e é no mundo na medida em que também cria o mundo. No entanto, para criar, ele precisa de um outro que lhe faça a apresentação de algo a ser criado. No humano, a capacidade criativa se realiza não para o outro, mas com e pelo outro: “a verdade de si mesmo acontece e se revela somente pelo reflexo do rosto do outro” (Safra, 2004, p.43).

Nesta perspectiva, Safra afirma que para o fruir da capacidade criativa do/a paciente, o/a analista precisa estar-com o/a paciente, contemplando essa interdependência constitutiva eu-outro, reconhecendo e refletindo, assim, a partir dessa comunidade de destino[19], a singularidade do/a paciente:

> Na situação clínica, estamos em comunidade de destino com alguém quando nos posicionamos solidariamente com nosso paciente frente às grandes questões existenciais peculiares ao destino humano: a instabilidade, a necessidade do outro, a ignorância frente ao futuro, o sofrimento decorrente do viver, a incompletude da condição humana, a solidão essencial, a mortalidade, entre outras. Comunidade é nossa condição originária. (SAFRA, 2004, p.73)

A partir dessa concepção da condição humana, a ideia de **encontro** nesse espaço “entre” analista/analisante ganha complexidade e faz com que Safra (2005) pondere o que ele nomeia de “a face estética do self”. Para além da palavra e da

[19] O conceito de “*Sobórnost*”, de Safra (2004) é muito importante para uma maior compreensão da perspectiva do autor acerca da importância do Outro (o contemporâneo, os ascendentes, descendentes, a coisa, a Natureza, o mistério): “*Sobórnost* implica que a situação chamada transferencial esteja aportada na solidariedade e na amizade, decorrentes da consciência de que o Outro que nos procura está irmanado a nós, pois estamos em meio ao mesmo destino: a condição humana. Falar em solidariedade ou amizade para com o paciente costuma causar entre psicoterapeutas e psicanalistas certo mal-estar, pois isso parece “infringir” a regra da abstinência. No entanto, isso é decorrente do fato de que não estamos habituados a pensar na situação humana no registro ontológico. Amizade é habitualmente compreendida como fruto de algum dinamismo psicológico. Não se trata disso. Solidariedade e amizade significam aqui um princípio ético fundamental, só possível quando estamos realmente humildes (voltados ao *húmus*-terra), situação que ocorre ao estarmos nus de qualquer onipotência. Então compreendemos que nossa biografia é diferente da de nosso paciente, mas somos companheiros de viagem pelas intempéries da existência. Posicionados desta forma, estaremos em comunidade de destino, condição fundamental para o nascer, para o caminhar pela vida e para o morrer de qualquer ser humano. ” (SAFRA, 2004, p.147)

linguagem discursiva, que no ocidente foram associadas à razão, a experiência humana ocorre, antes e também, por vias sensoriais:

> Podemos afirmar que uma criança vai significando suas experiências tanto pelo uso da linguagem discursiva, que ela desenvolverá na relação com sua mãe, como também pela articulação de formas estéticas e simbólicas no campo sensorial de suas vivências. Trata-se da criação de formas com o uso da cor, da luz, do espaço, do tempo, do tato e assim por diante. (SAFRA, 2005, p.25).

A apresentação, constituição e organização do self são pensadas por Safra a partir de fenômenos estéticos. Nesse sentido, o autor faz uma contraposição entre a linguagem discursiva e o que nomeia de "símbolos orgânico-estéticos". Tais símbolos:

> (...) veiculam o sentir, o ser e o existir: elementos que, por sua natureza, exigem o uso de símbolos que preservem a complexidade e a organicidade da experiência. Por essa razão, podemos dizer que eles não representam, mas apresentam e abrem uma determinada experiência de sentir, existir ou ser. (SAFRA, 2005, p.27)

Dessa forma, embora se valorize muito na clínica a linguagem discursiva, Safra atenta para o que ele nomeia de Dimensão Estética, dimensão constituinte fundamental do self. O autor adverte que o/a analista consiga acompanhar tanto as vivências psíquicas que se expressam pela linguagem discursiva, quanto as que emergem por meio de "símbolos estéticos". Símbolos articulados à corporeidade e ao campo sensorial. Assim, "a sessão será mais um espaço de experiência do que um espaço de cognição. " (Safra, 2005, p.30).

Esta perspectiva da clínica e da condição humana está bastante em sintonia com as articulações que desencadearam a proposição da Dimensão Sensível na presente tese. Quando Safra propõe da seguinte forma o que nomeia de "dimensão estética", suas ideias se aproximam muito do que este trabalho propõe:

> Se compreendermos que o self organiza-se esteticamente, perceberemos que, ao estarmos com o paciente, estamos sendo afetados pelo modo como ele organiza o tempo, o espaço da sessão pela maneira como ele organiza seu corpo no setting. Quer tenhamos ou não consciência dessa questão, lemos esteticamente as situações criadas por ele a partir de nosso corpo. Para mim, os fenômenos chamados intuição, empatia, identificação projetiva acontecem na **dimensão estética**. Da mesma forma, quando falamos de ilusão como constitutiva do self, estamos falando não de

> um fenômeno mental, mas estético. (SAFRA, 2005, p.52, o grifo é meu).

Nota-se que questões advindas da corporeidade tomam foco nessa concepção do termo “estética”. Dimensão estética parece bastante próxima de dimensão sensório-corporal. Não deve ter sido sem razão que Safra nomeou também de “símbolos orgânico-estéticos” isso que se circunscreve mais no campo da apresentação que da representação.

Nos sentidos das proposições de Kupermann e de Safra, a escolha do termo Dimensão Sensível foi bastante revisada por mim, tanto que no momento da qualificação a nomenclatura usada foi mesmo “dimensão estética”. No entanto, senti que o termo “estética” poderia trazer alguns problemas de cunho interpretativo.

Tal termo abrange um problema que incide sobremaneira no campo da filosofia e, ainda, remete sobremaneira às questões da corporeidade. Meu intuito na escolha do termo “sensível” foi, além de evitar problemas ligados à filosofia, e mesmo que toque em questões da corporeidade – tempo, ritmo, espaço, materialidade, etc. – enfatizar as questões de empatia, devoção, sinceridade, sentir-com, estar-com que obrigatoriamente inclui a “interseção” do espaço “entre” analista/analisante, apontando que não se trata de pensarmos, nem de evocarmos na leitura deste trabalho, a figura de um/a analista solitário/a, neutro/a ou situação similar.

Assim, considerando que o termo escolhido já vem sendo impresso no campo psicanalítico obtendo certa tradicionalidade nas produções teóricas em psicanálise pelas diversas vias e nuances que o tangenciam, este trabalho é também uma tentativa de formalização dessa “área” pertinente ao processo analítico.

Um exemplo clínico que Safra (2005) oferece e que ocorre a partir do que ele então designa por “campo estético” é quando ele diz a um paciente seu que “a maneira como ele (paciente) tinha entrado e se movimentado na sala tinha me (Safra) dado a impressão de que ele se locomovia em um ambiente extremamente denso, como uma gelatina”. Após dizer isso ao paciente, este lhe sorriu e revelou que de fato se sentia daquela forma e, a partir disso, começou a falar de como sentia sua vida estagnada:

> Muitas vezes, a única maneira que temos para apreender uma situação psíquica é por meios estéticos. No caso descrito, pudemos perceber que foi essa possibilidade que favoreceu a intervenção para

> que o paciente pudesse falar de seus temores. A maneira como o indivíduo instala-se nas situações apresenta organizações estéticas que revelam enigmas que atravessam seu ser. (SAFRA, 2005, p.112).

Esta situação clínica remete sobremaneira à situação que ilustrei sobre o desconforto que sentia ao olhar para o relógio. Quando perguntei ao paciente se havia alguma relação com ele no fato de eu sentir desconforto em olhar para o relógio, parti do mesmo “campo estético” anunciado por Safra, tentei a “presença sensível” proposta por Kupermann e contemplei situações que incidiam e advinham da, e na corporeidade, além de minha pergunta partir do espaço “entre” analista/analisante. Assim, em suma, na formalização e conceituação de um termo que contemplasse tais facetas, adveio a Dimensão Sensível.

Diante disso, o que tento estabelecer nesta tese são algumas vias indicativas pertinentes a esta dimensão e a forma como, em minha clínica, foi tornando-se possível manejar conteúdos que aí incidiam e/ou que daí advinham. Percebi, aliás, que embora arriscado, era necessário relevar e ainda fazer uso dessa dimensão caso quisesse possibilitar uma direção de tratamento que visasse não apenas trazer à consciência conteúdos recalcados, mas que facilitasse a emergência de processos criativos.

PARTE II – O ESPAÇO “ENTRE”----------

Figura 2 – Ilustração intitulada “**Entre**”, de DURSKI, L. M. & MACEDO, C. (2014).

2.1 INQUIETAÇÕES TEÓRICAS EM FREUD E FERENCZI: De uma crítica à ideia de neutralidade do/a analista para a proposição de uma área de mutualidade entre analista/analisante.

No que se refere ao campo da técnica em psicanálise, a questão sobre a "neutralidade" do/a analista se faz bastante presente. O princípio de abstinência freudiano e sua constante preocupação com o perigo de se incorrer numa prática sugestiva são pontos centrais dessa questão e, infelizmente, foram os pivôs de inúmeros excessos e imposturas na propagação da psicanálise.

Em termos históricos, em meados dos anos 1910, Freud iniciou um processo de "normatização", por assim dizer, da técnica em psicanálise, tendo em vista sua divulgação e ampliação de novos/as candidatos/as à analista. Embora possamos ver em sua obra uma abertura clara no que se refere à delimitação da psicanálise:

> (...) a teoria da psicanálise é uma tentativa de explicar dois fatos surpreendentes e inesperados que se observam sempre que se tenta remontar os sintomas de um neurótico a suas fontes no passado: *a transferência e a resistência.* Qualquer linha de investigação que reconheça esses dois fatos e os tome como ponto de partida de seu trabalho tem o direito de chamar-se psicanálise, mesmo que chegue a resultados diferentes dos meus. (FREUD, 1914b, p.26).

Essa amplitude das fronteiras da psicanálise nem sempre é contemplada ou, por vezes, é esquecida. Um fato que se observa e que provavelmente pode resultar deste "esquecimento" é certa tendência dogmática no que se refere à técnica em psicanálise.

A importância deste problema, para esta tese, está em demonstrar que tal tendência dificultou sobremaneira o reconhecimento de todo um contexto de afetação mútua concernente ao espaço "entre" analista/analisante e à necessária relação dialética da transferência/contratransferência. Deste modo, tal dogmatismo pode ter sido um dos fatores que dificultaram a expansão disso que proponho nomear de Dimensão Sensível da clínica psicanalítica.

Sobre essa barreira dogmática, em carta, de 4 de janeiro de 1928, referente aos classicamente nomeados “artigos sobre a técnica[20]”, Freud faz uma confissão a Ferenczi:

> Eu considerava que o mais importante a ser enfatizado era **o que alguém não deveria fazer,** demonstrar as tentações que trabalham contra a análise. Quase todas as coisas positivas que alguém poderia fazer eu deixava ao **'tato'**, que foi introduzido por você. Mas o que eu consegui com isso foi que **os obedientes não se deram conta da elasticidade dessas dissuasões e se submeteram a elas como se fossem tabus**. Isso precisaria ser revisto em algum momento, sem, evidentemente, revogar as obrigações. (FREUD & FERENCZI, 1928 [1920-1933], p.332, o grifo é meu).

É de amplo conhecimento dos/as psicanalistas o fato de que os nomeados “artigos sobre a técnica”, de Freud, sublinham advertências acerca dos limites que o/a analista não deve ultrapassar, correndo o risco de, se assim o fizer, interromper ou impossibilitar o tratamento. O problema, reconhecido por Freud e evidenciado no trecho da carta acima, é que estes artigos podem conter um teor doutrinário de normas potencialmente estanques, fato que também é, em si, um erro que impossibilita o avanço do tratamento. Com isso, corre-se o risco de o/a analista, por um excesso de rigidez da técnica, desconsiderar as particularidades do caso a caso.

Em contrapartida, é curioso observar que analistas excessivamente fixados/as aos apontamentos de Freud contidos nestes artigos, raramente se lembram de uma advertência presente já no primeiro parágrafo do texto “Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise” (1912):

> As regras técnicas que estou apresentando aqui alcancei-as por minha própria experiência, no decurso de muitos anos, após resultados pouco afortunados me haverem levado a abandonar outros métodos. (...) Minha esperança é que a observação delas poupe aos médicos que exercem a psicanálise muito esforço desnecessário e resguarde-os contra algumas inadvertências. Devo, contudo, tornar claro que **o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhe apresenta**. (p.149, o grifo é meu).

[20] Os “Artigos sobre a Técnica” são textos de Freud escritos entre os anos de 1911 e 1915 e que tratam diretamente de assuntos pertinentes à prática clínica. Vale ressaltar que estes trabalhos são considerados como uma tentativa de Freud, quando do estabelecimento da IPA (1910), de circunscrever a prática psicanalítica, evitando usos errôneos e abusivos da emergente área do conhecimento nomeada Psicanálise.

Dessa forma, essa advertência de Freud nos ajuda a considerar que uma excessiva rigidez da técnica implicaria a subordinação a um modelo que desrespeitaria as singularidades postas em jogo numa análise - tanto do/a analista, quanto do/a paciente. Com isso reiteramos a importância de que tal advertência seja lembrada.

Pois bem, segue que na própria metapsicologia psicanalítica se vislumbra uma impossibilidade de pensarmos sujeito e objeto numa dualidade radical. Pelo contrário, é mais fácil pensar sujeito/objeto numa codependência e cocriação mútua. O que significa, entre outras coisas, que ao se pensar a relação analítica, simplesmente não é possível escutar o/a paciente pressupondo-se "neutro/a" como analista.

A questão da influência e impacto do/a analista no/a paciente tem, aliás, antigas raízes no questionamento freudiano sobre a técnica. Ao discorrer sobre algumas características da técnica da hipnose, Freud (1905) deixa claro o quanto a capacidade do médico para influenciar o doente determina a eficácia de tal técnica:

> É evidente, por exemplo, que o médico, já não podendo hoje inspirar admiração como sacerdote ou como possuidor de um saber secreto, há de usar sua personalidade de modo a poder ganhar a confiança e uma parcela de simpatia de seu paciente. Já atenderá a uma distribuição conveniente que ele consiga esse resultado apenas com um número restrito de enfermos, enquanto outros, por seu grau de formação e suas inclinações, serão atraídos para a pessoa de outros médicos. Entretanto, com a abolição da livre escolha do médico, aniquila-se uma importante precondição para influenciar o doente em termos anímicos. (FREUD, 1905d, p.280).

Freud refere-se à importância da capacidade do/a analista em gerar confiança e a simpatia do/a paciente para a efetividade da técnica hipnótica. Este ponto é importante, pois, em certa medida, mesmo após abandonar a técnica da hipnose, não parece que Freud abandona a consideração de o/a analista ter algum tipo de influência sobre o/a paciente, visando a continuidade do tratamento.

Assim, embora Freud tenha notado que a técnica da hipnose era ineficaz, posto que trazer à luz conteúdos recalcados não significava a cessação das resistências, num certo sentido ele não parece ter deixado de considerar a capacidade persuasiva do/a analista (intrínseca, aliás, a algumas capacidades do/a hipnotizador/a) como necessárias ao processo analítico.

Após meados de 1905, Freud então concluíra que era preciso estender o tempo do tratamento para que o/a paciente conseguisse revisitar a partir de novos lugares e perspectivas seus dilemas e conflitos psíquicos e, assim, galgar alguma abertura um pouco mais livre de seu circuito sintomático para estabelecer o desfecho, novo ou não, que daria aos seus impulsos e desejos.

Portanto, "[O método psicanalítico] não se limita a esses dois aspectos – tornar consciente o que foi reprimido e fazer coincidir o esclarecimento e a cura. Estende-se também ao que consideramos o ponto fundamental de toda modificação: **o despertar dos sentimentos**." (Freud, 1907a, p. 91, o grifo é meu). Deste modo, o trabalho de revelação dos conteúdos inconscientes se tornara como que um primeiro passo na direção do tratamento, sendo necessário um trabalho elaborativo paralelo e sequencial à recuperação das lembranças esquecidas. Nos termos freudianos, era necessário o restabelecimento das conexões emocionais perdidas e, além disso, tais conexões se dariam no campo nomeado "relação transferencial":

> Nossa experiência demonstrou que a relação de transferência, que se estabelece com o analista, é especificamente calculada para favorecer **o retorno dessas conexões emocionais**. É dessa matéria-prima – se assim podemos descrevê-la - que temos de reunir aquilo de que estamos à procura. (FREUD, 1937b, p.292, o grifo é meu).

A partir da concepção freudiana, a transferência[21] é, em síntese, a repetição de modelos de relação sem que o/a paciente tenha se dado conta de que transfere conteúdos de seu passado para o presente e para pessoas diferentes daquelas que originalmente despertaram e foram a base de construção de tais modelos.

Assim, para Freud, será a partir do lugar que o/a paciente dá à/ao analista, na transferência, que este/a último/a terá algum espaço de manejo possível no intuito de revelação do recalcado e de superação, mesmo que relativa, da compulsão à repetição. Transferência, elaboração, emoções e afetos são pontos interligados: a transferência permite a reconexão emocional necessária ao trabalho de elaboração.

A partir dessa breve descrição de algumas ponderações e modificações freudianas acerca da técnica, observa-se interessantes mudanças no que se refere à pertinência do/a analista no trabalho de análise. Se num primeiro momento, com a

[21] Ressalto que ao longo deste trabalho ver-se-á que a transferência é pensada não somente como uma manifestação exclusivamente advinda do/a paciente. Ele se constitui, na proposição aqui estabelecida, também na dialética transferência-contratransferência e depende, e certa medida, do/a próprio/a analista.

técnica da hipnose, o/a analista aparece convocado a lapidar sua potência persuasiva, num segundo momento, decorrente do trabalho de elaboração e retorno de conexões emocionais, o/a analista aparece como figura a ser usada pelo/a paciente na expressão e estabelecimento da transferência.

Com isso, é possível relevar que Freud tende a pensar numa fórmula “ou o/a analista coloca algo no/a paciente (hipnose/sugestão), ou o/a paciente coloca algo no/a analista (transferência)”. Essa fórmula é, obviamente, uma caricatura. Contudo, há algo de útil a se apreender daí: a análise é um fazer sobre o outro e/ou um fazer com o outro?

Neste ponto, Ferenczi avança fecundamente na discussão. Enquanto o posicionamento de Freud parece tender a certa austeridade, com um cuidado talvez excessivo em não incorrer em práticas sugestivas, Ferenczi defende uma necessária fração de sugestionabilidade inevitável e inerente ao processo analítico, sendo que este não é necessariamente um problema insuperável.

É como se em Freud houvesse certa tendência a pensar a dupla analista/analisante de forma mais assimétrica e autoritária. Enquanto que em Ferenczi, especialmente no final de sua obra, há uma importante consideração e privilégio da mutualidade e da simetria em tais reflexões. Como se na clínica de Freud o/a paciente parecesse estar mais solitário/a do que na clínica de Ferenczi.

Pois bem, noto na produção de Ferenczi um profundo avanço sobre a questão da mutualidade a partir de suas ponderações acerca dessa inerente tendência à “sugestionabilidade”. Ela está subentendida no fato da condição psíquica infantil permanecer, em maior ou menor grau e dependendo do momento a momento e do caso a caso, operante no psiquismo adulto.

Esta concepção faz de Ferenczi um autor que não permite muito espaço para se supor o indivíduo como ser isolado, nem o estudo e observação da subjetividade do/a paciente como algo apartado da “peneira interpretativa” do/a analista.

Assim é que “muitos doentes curam-se quando são afastados do seu meio ambiente e integrados num meio completamente estranho. Mas a recidiva sobrevém quando regressam ao seu antigo meio”. (Ferenczi, 1909 [1908-1912], p. 57). Aliás, se não fosse o fato de o meio produzir efeitos, patológicos ou salutares, no desenvolvimento e funcionamento psíquico do indivíduo, a própria terapêutica analítica não teria um campo a partir do qual incidir para propor mudanças.

Dentro deste contexto, Ferenczi resgata a maleabilidade de bebês e crianças quanto a serem dirigidos pelos ditames do ambiente no qual vivem, principalmente no que se refere à tendência à obediência aos adultos.

> Para evitar qualquer mal-entendido, devemos sublinhar que a sugestionabilidade, ou seja, a receptividade à "inspiração", a tendência pra a confiança cega e a obediência parecem estar em relação com as propriedades psíquicas semelhantes da infância, num modo que não é somente genético: consideramos que a hipnose e a sugestão despertam verdadeiramente a "criança que dormita no inconsciente do adulto" (Freud). (FERENCZI, 1908 [1908-1912], p.111).

Esclarece-se paulatinamente a gravidade e implicações da perspectiva dinâmica do funcionamento psíquico, dessa permanência do passado, de um lugar em nós (adultos) no qual nos encontramos submersos aos ditames do mundo (crianças). Deste modo, essa predisposição da criança à sugestionabilidade tenderia a sustentar como que uma aceitação cega das declarações de pessoas caras a ela.

Para Ferenczi, é preciso cautela e cuidado com essa área de sugestionabilidade que permanece viva no ser humano adulto. Além da produção de indivíduos excessivamente obedientes, que sucumbem cegamente aos ditames do meio, o excesso de adaptabilidade proporcionado por essa área de sugestionabilidade demonstra ser de caráter silencioso – mesmo que o/a analista procure não atuar de maneira sugestiva, ele/a o faz sem necessariamente saber a que ponto os efeitos clínicos apresentados resultam justamente desse campo.

A exemplo disso, podemos pensar num caso hipotético no qual, mesmo ao se pretender neutro/a, um/a analista pode ser "sentido/a" e interpretado/a (consciente e/ou inconscientemente) como alguém frio, assim como o pai ou a mãe de dado/a paciente. A hipótese da neutralidade do/a analista não o/a livra de incidir nesse campo de sugestionabilidade, pelo contrário, pode inclusive, dependendo do caso, alimentar uma relação transferencial especifica de submissão e frieza.

Ferenczi sublinha diversas facetas que, no processo analítico, revelam uma impossibilidade de assepsia entre analista/analisante - basta lembrar que não existe apenas no/a paciente uma área de sugestionabilidade operante, tal existe também no/a analista. Nesse sentido, o autor evoca Freud ao considerar que inerente ao trabalho de elaboração está o despertar de sentimentos via transferência. O que parece ser uma importante marca distintiva no pensamento de Ferenczi é que, a

partir dessa última consideração, ele sublinha e teoriza algo mais: uma área de afetação mútua num espaço “entre” analista/analisante.

Como Freud mesmo admitiu na carta supracitada, “(...) quase todas as coisas positivas que alguém poderia fazer [em análise] eu deixava ao **'tato'**, que foi introduzido por você. [Ferenczi]”. O termo “tato” é significativamente fecundo nessa posição ferencziana em observar a relação analítica pelo ponto de vista da mutualidade. Precisamos, portanto, buscar compreender um pouco mais sobre o que Ferenczi queria referir quando se utilizava do tal termo:

> Adquiri a convicção de que [a técnica em psicanálise] trata, antes de tudo, de 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 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. Como se vê, com a palavra “tato” somente consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é o tato? A resposta a essa pergunta não nos é difícil. O tato é a faculdade de “*sentir com*” (*Einfühlung*). Se, com a ajuda de nosso saber, inferido da dissecação de numerosos psiquismos humanos, mas sobretudo na dissecação de nosso próprio eu, conseguirmos tornar presentes as associações possíveis ou prováveis do paciente, 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. Permanecendo ao mesmo tempo e a todo momento atentos à força da resistência, não nos será difícil decidir sobre a oportunidade de uma comunicação e a forma de que deve resistir-se. Esse sentimento nos impedirá de estimular a resistência do paciente, de maneira inútil ou intempestiva; por certo não é dado à psicanálise poupar o paciente de todo sofrimento; com efeito, aprender a suportar um sofrimento constitui um dos resultados principais da psicanálise. Entretanto, uma pressão a esse respeito, se for desprovida de tato, fornecerá apenas ao paciente a oportunidade, ardentemente desejada pelo inconsciente, de subtrair-se à nossa influência. (FERENCZI, 1928, p.32).

Ou seja, Ferenczi, ao aprofundar o questionamento sobre a questão do tato do/a analista, sublinha algo que incide no que aqui se propõe sob o nome Dimensão Sensível da análise - esse “sentir-com[22]” que trata de todo um contexto de tramas intersubjetivas dentro do qual participam tanto o/a analista, quanto o/a analisante: "É como se duas metades da alma se completassem para formar uma unidade. Os

[22] Ver tópico 4.6 (página 114).

sentimentos do analista entrelaçam-se com as ideias do analisado e as ideias do analista (imagens de representações) com os sentimentos do analisado" (Ferenczi, 1933, p.45).

Vale ressaltar que Ferenczi deixa bem claro, ao longo de seus textos e percurso clínico, o quanto é perigoso para analistas inexperientes o contato e fácil mau uso dessa “área de mutualidade”. Ele reafirma inúmeras vezes o perigo em se depositar exclusiva pertinência às questões advindas do “sentir-com”, em detrimento da “apreciação consciente da situação dinâmica” (Ferenczi, 1928 [1927-1933], p.41):

> Não me surpreenderia, portanto, ouvir daqui a algum tempo que fulano ou sicrano adotou minhas considerações sobre a indispensável paciência e tolerância do analista como base para uma técnica masoquista. E, no entanto, o procedimento que aplico e recomendo, a elasticidade, não equivale, em absoluto, a ceder sem resistência. Procuramos, é certo, colocar-nos no diapasão do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também nos atermos com firmeza, até o fim, à nossa posição ditada pela experiência analítica. (FERENCZI, 1928 [1927-1933], p.42).

De qualquer forma, o perigo do mau uso não deveria implicar numa desconsideração radical dessa dimensão, pois perpassa essa área o próprio trabalho de elaboração.

Ao referir-se a uma sensibilidade necessária ao/à analista no manejo da transferência, superando uma ideia de neutralidade e assepsia, Ferenczi abre-nos espaço para descortinar antigos preconceitos que dificultaram aos/às analistas a percepção e uso dessa dimensão na análise.

> A despeito da opinião que cada um de nós pode ter hoje em dia sobre essas posições de Ferenczi, não há como recusar que seu trabalho amplia o horizonte ético implicado no trabalho analítico. Postular que sentimentos e ideias de analista e paciente podem entrelaçar-se e que o *outro* à minha frente não é “uma representação de meu ego”, mas um ser real com quem posso me identificar, explicita um reconhecimento do *outro* em termos éticos, em uma amplitude até então pouco valorizada nos textos psicanalíticos. (COELHO JR., 2004, p.11).

Para além das possíveis distâncias e diferenças existentes nesse espaço entre analista/analisante, e não negando as diferenciações, Ferenczi enfatiza o campo das aproximações e semelhanças – o campo da mutualidade. Não negando,

também, o espaço “entre”. Deste modo, como Coelho Jr. (2004) bem aponta, há em Ferenczi um reconhecimento refinado do outro em termos éticos e isso, a mim, soa extremamente próximo do que vimos aludido por Safra (2005) a partir da ponderação de que o devir humano se dá em comunidade de destino.

É curioso notar que, muitas vezes, com relação a essa questão da mutualidade e sensibilidade envoltas na relação analítica, o que muitos/as pacientes necessitam é a simples presença sensível do/a analista: “estar simplesmente presente; para que eu não fale, que não faça qualquer esforço; de fato, eu poderia até dormir. Os dois inconscientes ajudar-se-iam mutuamente dessa maneira..." (Ferenczi, 1933, p.43).

Nesse estar presente, exige-se do/a analista paciência e tato para deduzir como e quando interpretar, como e quando agir de tal ou qual maneira, em que ritmo e em que intensidade. Exige-se auto-observação e sinceridade sobre si mesmo e sobre/para o outro/paciente acerca dos sentimentos e ideias despertados na relação analítica.

> Compare-se a nossa regra de “sentir com” à presunção com que o médico onisciente e onipotente tinha até agora o hábito de enfrentar o paciente. É evidente que não penso que o analista deva ser mais do que modesto; ele tem todo o direito de esperar que a interpretação apoiada na experiência se confirme mais cedo ou mais tarde, na grande maioria dos casos, e que o paciente ceda à acumulação de provas. Mas, em todo caso, é preciso aguardar pacientemente que o doente tome a decisão; toda a impaciência por parte do médico custa ao doente tempo e dinheiro, e ao médico uma quantidade de trabalho que teria perfeitamente podido evitar. (FERENCZI, 1928 [1927-1933], p.36).

Em síntese, dessa relevância, observada igualmente em minha clínica, de uma inerente área de afetação mútua na relação analítica, resultou não só a crítica à ideia de neutralidade do/a analista, mas a necessidade de pensar a Dimensão Sensível da clínica psicanalítica a partir do espaço “entre” analista/analisante e é neste contexto que a voz de Winnicott é enriquecedora.

2.2 O LEGADO DE WINNICOTT: a sensibilidade do/a analista e o espaço “entre” analista/analisante.

A preocupação com questões referentes à sensibilidade do/a analista é marcante na obra winnicottiana. Em nome da coerência, isso não poderia ser diferente. É notável perceber como Winnicott preservava conscientemente sua sensibilidade. No excerto de uma carta pessoal, o vemos justificar porque rejeitou o cargo de médico do setor de internação de crianças no hospital em que trabalhava:

> Se eu me tornar médico de pacientes internados terei de desenvolver a capacidade de não me deixar perturbar pelo sofrimento das crianças, do contrário não poderei ser um médico eficiente. Portanto, vou me concentrar em meu trabalho de ambulatório e em não me tornar insensível com a finalidade de ser eficiente. (WINNICOTT, carta para Margaret Torrie, 5 de setembro de 1967[1896-1971], p.XX).

Não se tornar insensível com a finalidade de ser eficiente! Winnicott fez uma escolha. Uma escolha possivelmente difícil, aliás, dado o status profissional abdicado nessa recusa - ser médico do setor de internação, na época e onde Winnicott vivia, era uma sedutora e distinta posição para um médico pediatra num hospital geral. Ou seja, na perspectiva e posicionamento clínico de Winnicott, ser necessariamente sensível era uma prerrogativa inegociável.

Como legado teórico que incide e influencia sobremaneira o posicionamento ético contido nesta tese, faz-se importante destacar como Winnicott fundamenta e justifica essa questão da sensibilidade.

Em sua perspectiva teórico-clínica, a condição humana é impossível de ser pensada separadamente do outro/mãe/ambiente e, quanto mais “atrás” se vai na investigação do funcionamento psíquico humano, mais se faz notável uma não diferenciação indivíduo-meio. Tal posição resulta num fundamento clínico importante: “É preciso notar que quanto mais caminhamos para trás em nosso estudo do desenvolvimento do ser humano, ficamos cada vez mais óbvia e profundamente envolvidos no estudo do ambiente, **o que em termos de psicoterapia significa o manejo. ”** (Winnicott, 1954-1971, p.119, o grifo é meu).

É neste contexto que Winnicott estabelece um claro paralelo entre mãe/analista e uma necessária adaptação sensível e ativa às necessidades do bebê/paciente. Tal paralelo indica coerência na consideração da atemporalidade inconsciente. Se, em alguma camada psíquica, por assim dizer, dado/a paciente

adulto/a “funciona” na antiga situação psíquica infantil, é preciso ponderar que o/a analista, na função de ambiente sustentador, incide nesta faceta – quer ele/a queira ou não fazê-lo, quer ele/a esteja ou não consciente dessa incidência. Aliás, é preciso ponderar que na situação clínica o/a analista também é afetado nesta “camada primitiva” de seu próprio psiquismo. Vê-se claramente a implicação de uma área de afetação mútua a partir de tais ponderações.

Diante de tais apontamentos, Winnicott sustenta e defende um manejo específico no que se refere à contínua pertinência da situação psíquica infantil no psiquismo adulto. São inúmeros elementos por ele anunciados para pensar o que seria ideal em termos de sustentação ambiental. Estes elementos constituem a noção winnicottiana de “mãe suficientemente boa” e podemos aqui pensar num paralelo entre essa noção e a noção de um/a “analista suficientemente bom/a”.

> A mãe deve estar disponível para sustentar a situação no tempo. Não basta que ela esteja fisicamente disponível: é preciso que ela esteja pessoalmente bem, a ponto de manter uma atitude consistente durante um período de tempo, e ser capaz de sobreviver ao dia e aos conjuntos de dias chamados semanas e meses, permitindo que a criança experimente repetidamente as ansiedades ligadas aos impulsos instintivos, e a elaboração em seguida às experiências, e a retomada da relação com a mãe após os períodos de elaboração. Os bebês podem sobreviver mesmo que ninguém desempenhe esse papel, mas eles sobreviverão com alguma coisa faltando em seu desenvolvimento emocional, algo de importância vital, resultando numa intranquilidade e numa falta de capacidade para o brincar construtivo, sofrendo mais cedo ou mais tarde uma inaptidão para o trabalho, um resultado insatisfatório tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. (WINNICOTT, 1954-1971, p.176).

Tamanha é a importância do fator ambiental revelada por Winnicott que, quando a mãe “não é suficientemente boa a criança não é capaz de começar a maturação do ego, ou então, ao fazê-lo, o desenvolvimento do ego ocorre necessariamente distorcido em certos aspectos vitalmente importantes. ” (Winnicott, 1957-1963, p.56).

É, portanto, em termos de disponibilidade e de um “estar pessoalmente bem”, que Winnicott delineia pontos específicos na forma como a situação psíquica infantil é sensível às flutuações do meio. Começa a ficar, então, cada vez mais clara a pertinência e incidência de todo um campo de afetação e sensibilidade pertencente à constituição psíquica humana e, num maior recorte, à relação analista/analisante.

O conceito winnicottiano de “mãe suficientemente boa” condensa as características ambientais que possibilitam ao novo ser humano um “lugar” a partir do qual existir, estabelecendo o nomeado estado de onipotência do bebê:

> Um self verdadeiro começa a ter vida através da força dada ao fraco ego do lactente pela complementação, pela mãe, das expressões de onipotência do lactente. A mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do lactente, e assim falha repetidamente em satisfazer o gesto do lactente; ao invés, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente. Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso self, e resulta da inabilidade da mãe de sentir as necessidades do lactente. (WINNICOTT, 1957-1963, p.133).

Temos, ainda, em outros termos, que se o cuidado ambiental não for bom o suficiente, a criança “(...) torna-se um acumulado de reações à violação; o self verdadeiro da criança não consegue formar-se, ou permanece oculto por trás de um falso self que a um só tempo quer evitar e compactuar com as bofetadas do mundo. ” (Winnicott, 1958-1964, p. 24). Nesse sentido, essas falhas ambientais bloqueiam a capacidade da criança em sentir-se real e de ter a ilusão de realmente encontrar aquilo que criou. “Somente o self verdadeiro pode ser criativo e se sentir real. Enquanto o self verdadeiro é sentido como real, a existência do falso self resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade. ” (Winnicott, 1957-1963, p.135).

Percebe-se que, nos termos winnicottianos, o verdadeiro self se correlaciona com a capacidade criativa de dado indivíduo e com o estabelecimento da sensação de sentir-se real. Dessa forma, o indivíduo significa o mundo (cri)ativamente, e não apenas o recebe de maneira reativa. Quando ocorrem problemas na facilitação e efetivação dessa atitude (cri)ativa sobre o mundo, podemos então observar a tendência ao estabelecimento de uma cisão (*splitting*) patológica entre falso e verdadeiro self.

Num grau extremo de cisão entre falso e verdadeiro self, perde-se (ou não se conquista) a razão de viver, a capacidade de significar criativamente a própria vida e de ter esperança em encontrar no mundo externo algo que sustentaria a ideia de uma vida digna de ser vivida. Perde-se ou não se conquista a capacidade de ter esperança na realização de si e de dar sentido à vida.

É neste contexto que se organiza a sensação individual de realidade da experiência e do objeto. Winnicott sublinha uma salutar dialética criação/apresentação do objeto evidenciando assim o quanto, para se sentir real e sentir que a vida é digna de ser vivida, o ser humano precisa criar ativamente a realidade apresentada.

Se não há apresentação, ou se não há criação, o indivíduo adoece em seu potencial criativo. Isso é muito importante, pois ao pensar o acontecer humano pela via da criatividade, o que Winnicott parece relevar é o estabelecimento do sentimento de **encontro** com o outro/objeto/experiência/realidade.

Como já situado na parte I desta tese, é o conceito de 'objeto transicional' que assinala e revela com maior clareza alguns mecanismos necessários à ocorrência de uma ponte entre a realidade subjetiva e a realidade externa. Evocando-se disso a possibilidade de "sobreposição" entre a apresentação do objeto e a criação subjetiva deste.

Aqui se pode referir que é como se o bebê estivesse pronto para criar o objeto que lhe é apresentado. Num exemplo clássico, podemos dizer que quando da premência da fome e de toda a tensão dela decorrente, a mãe tenta traduzir o crescente desconforto evidenciado pelo bebê e lhe apresenta o seio no momento em que o bebê estava pronto para criá-lo.

Há um aspecto de sincronia nessa questão, contudo, obviamente, não necessariamente o meio apresentará ao bebê o objeto que supriria suas premências: ao invés de fome, o bebê pode estar com cólica, por exemplo.

Dito de outro modo, essa operação de criação e apresentação do objeto não ocorre em todas as mamadas e nem se faz de uma só vez. No entanto, tal operação exige uma preocupação suficiente da mãe para deduzir e satisfazer as necessidades do bebê, bem como exige um gesto criativo deste.

Quando esse encontro criação-apresentação ocorre, quando o objeto subjetivamente concebido se relaciona com o objeto objetivamente percebido, um espaço de interseção, por assim dizer, entre o indivíduo e a realidade se abre e é neste espaço que ocorre a experiência, a possibilidade de vivência das experiências. É uma área intermediária que possibilita o experienciar a vida, é o espaço potencial winnicottiano. Dessa forma, ao que tudo indica, o/a leitor/a pode realizar uma equivalência entre o conceito winnicottiano de "espaço potencial" e o que aqui se designou, na especificidade da relação analista/analisante, por espaço "entre".

Feita tal ressalva, é justamente pela relevância deste “entre”, também consistentemente defendida e evidenciada por Winnicott, que é preciso aqui circunscrevê-lo melhor. Nesse sentido, a título de clareza e antecipando o desenvolvimento conceitual proposto no tópico 4.7[23], está no brincar a evidencia e as primeiras manifestações de uso dessa área no ser humano:

> É com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e **numa área intermediária entre** a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos. (WINNICOTT, 1951-1971, p.93, o grifo é meu).

Em resumo, temos que quando existe essa adaptação suficientemente boa por parte do ambiente/analista, vemos na clínica a “oferta”, por assim dizer, de um espaço de criação entre analista/analisante.

Além disso, para Winnicott, a análise se efetua na sobreposição das duas áreas do brincar, a do paciente e a do analista: “A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é.” (Winnicott, 1951-1971, p.59).

Existe uma direção do tratamento demarcada nesta última citação: antes de qualquer outro trabalho na análise, trata-se de um brincar compartilhado. Onde ele não é possível, trata-se de desenvolvê-lo: “O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade. ” (Winnicott, 1951-1971, p.80).

Winnicott se preocupa com a possibilidade do brincar, além do conteúdo da brincadeira. Brincar com o outro, compartilhar a brincadeira, significa algo da ordem de um entregar-se ao outro, abrir-se ao outro, confiar nesse outro. Cabe ao/à analista facilitar ao/à paciente um espaço fidedigno para que ele se aventure e confie na exploração e exposição de si. “O Brincar, por suas características, cura a criança e o homem. Independente das interpretações que o analista pode fazer frente ao jogo, ele por si mesmo promove a transformação e a cura” (Winnicott, 1951-1971). Para o autor, o brincar é uma forma básica de viver e se correlaciona

[23] Ver página 118.

com o fato de o centro operativo do viver dever ser o verdadeiro self e, assim, a base da análise deve ser o brincar.

Um dado importante na compreensão da problemática apresentada é a pertinência do sentimento de confiança que envolve o espaço potencial. Este só acontece em relação a este sentimento. A confiança está relacionada à fidedignidade da mãe. A própria "capacidade de formar imagens e utilizá-las construtivamente pela recombinação em novos padrões, diferentemente dos sonhos ou fantasias, depende da capacidade do indivíduo em confiar." (Winnicott, 1951-1971, p.142).

Percebemos que a fidedignidade da mãe - o que se configura nos primeiros signos de amor para o novo ser humano - conseguindo se valer da sensibilidade necessária para apresentar o mundo ao bebê, no tempo do bebê, fornece a ele o sentimento de confiança nessa mãe. O espaço potencial depende, pois, dessa experiência que conduz à confiança e este espaço pode, ainda, ser configurado como sagrado para o indivíduo, pois é nele que ele experimenta o viver criativo.

> Um bebê pode ser alimentado sem amor, mas um manejo desamoroso, ou impessoal, fracassa em fazer do indivíduo uma criança nova e autônoma. Onde há confiança e fidedignidade há também um espaço potencial, espaço que pode tornar-se uma área infinita de separação, e o bebê, a criança, o adolescente e o adulto podem preenchê-la criativamente com o brincar, que, com o tempo, se transforma em fruição da herança cultural. (WINNICOTT, 1951-1971, p.150).

É interessante observar essa "área infinita de separação". É como se Winnicott assinalasse um "cordão umbilical de tamanho infinito", que paradoxalmente une e separa, ao mesmo tempo, dualidades como: bebê/mãe; bebê/ambiente; sujeito/objeto; mundo interno/mundo externo, etc. De fato, o sentimento de confiança sustenta aquilo que podemos interpretar como coragem de desbravar o novo, o outro, o mundo, o desconhecido. No entanto, talvez não se trate tanto de coragem, mas de uma ancoragem interna, construída a partir do sentimento de fidedignidade da mãe, que permite ao indivíduo se aventurar na descoberta e criação de si e do mundo. Sendo, então, em referência a um outro internalizado, é que o outro externalizado é reconhecido e, sendo também, com o suporte do outro externo, é que o outro interno pode advir – numa relação intersubjetiva,

interdependente, dialética e de cocriação mútua. Eis o “entre” a partir do qual a Dimensão Sensível é aqui pensada.

PARTE III – A POSSIBILIDADE DO ENCONTRO

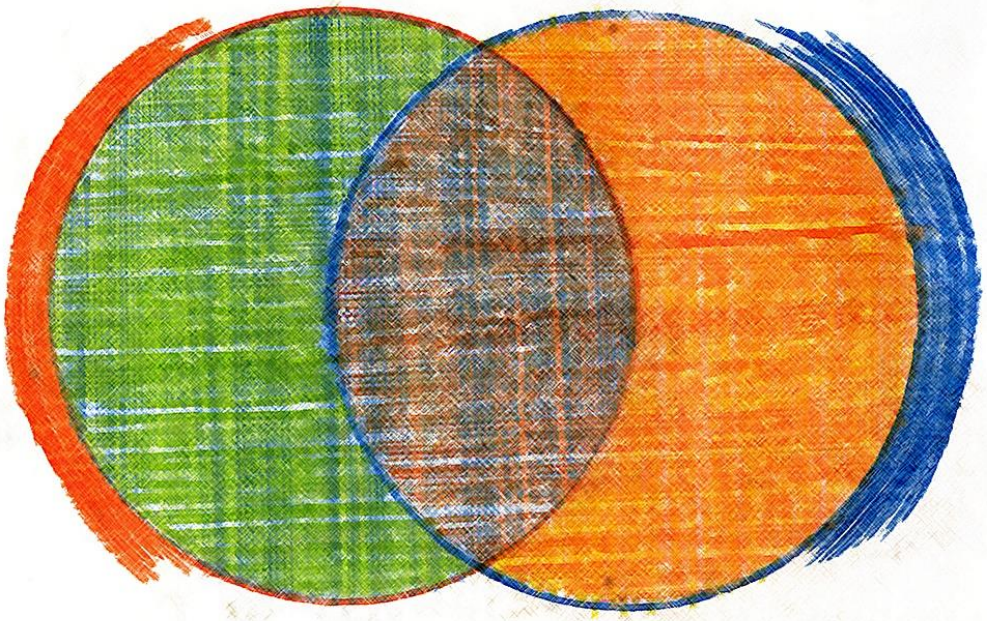

Figura 3 – Ilustração intitulada **“Interseção”,** de DURSKI, L. M & MACEDO, C. (2016).

3.1 ANIQUILAÇÃO E MUTILAÇÃO: a Dimensão Sensível e possíveis diferenciações entre estados de angústia.

Como será explicitado ao longo do texto, embora eu defenda que inevitavelmente a Dimensão Sensível perpasse todo e qualquer momento clínico, existem situações que a evidenciam mais claramente e cuja tônica dá relevância a esta faceta da relação analista/analisante.

Certa vez, uma paciente de 22 anos apresentou-me, numa situação clínica específica, uma problemática que me auxiliou a esclarecer alguns meandros psíquicos que dão sustentação a esta tese sobre a Dimensão Sensível.

Estava ela deitada no divã, falando fluentemente sobre questões que se relacionavam com seu cotidiano e, de repente, houve uma pausa bastante notável. Ao questioná-la sobre o que lhe tinha vindo à mente ela relutou, disse que era algo sem importância. Insisti um pouco mais para que ela tentasse deixar o autojulgamento de lado e se aventurasse em dizer o que lhe ocorrera, mesmo podendo parecer desimportante.

Ela então disse que, subitamente, ficara triste por observar uma árvore que fica bem à frente da janela do consultório, na direção de sua visão. Tentando entender a causa de sua tristeza, a paciente disse que a árvore estava morta, sem folhas, e isso lhe gerou forte pesar. Fiquei surpresa com a profundidade do pesar que a visão da árvore lhe evocara, parecia sem sentindo essa tristeza súbita a partir da visão da árvore sem folhas. Aliás, achei curioso ela caracterizar a árvore como morta, pois não estava morta, apenas era outono – morta é diferente de sem folhas. Havia uma equivalência a princípio nada razoável se fazendo evidente por ela.

Sem muito poder calcular sobre minha própria fala, disse a ela: estamos no outono. Somente num segundo momento pude perceber que minha fala se deu no sentido de situá-la na realidade, apresentando um pedaço de mundo que aparentemente ela não estava notando. Através dessa minha fala percebi que tal suporte era necessário e, por alguma razão, esse episódio clínico de fato se mostrou significativo neste caso, sendo retomado em associações posteriores com certa frequência. A cena da árvore tornou-se um marcador importante para referenciar algo que ela repetia.

Ela começou a se perceber mais claramente vivendo muitas situações em sua vida exatamente da maneira como tinha notado a situação da árvore: para sempre

morta, sem esperança e sem percepção cíclica e temporal. É como se, em analogia, essa paciente vivesse a experiência de dias e noites sem fim e sem diferenciação. Quando havia a passagem de um para o outro, parece que não havia a lembrança de um movimento cíclico - a lembrança de fins, começos e recomeços.

O problema contido na tristeza evocada pela árvore “para sempre” morta, explicita um ponto que, na singularidade da minha trajetória e experiência como analista, mostrou-se de grande importância quanto às ponderações referentes ao campo do manejo clínico. Que tipo de angústia, que dilema e qual faceta psíquica do/a paciente minha ação (ou inação) opera e que efeitos pode e/ou tende a produzir? Estas perguntas resultaram no estabelecimento de um parâmetro indicativo, artificialmente organizado, que me auxilia na definição de “posições” de manejo propícias ao momento a momento de cada caso. Esse parâmetro está no paralelo e contraponto entre o que nomeio de “angústias de aniquilação[24]” X “angustias de mutilação[25]”.

Retomarei esse paralelo daqui alguns parágrafos. Antes sugiro ao/à leitor/a uma breve digressão: partindo do princípio de que o bebê humano não nasce com uma organização psíquica prévia especializada, por assim dizer, que lhe ofereça acessos à experienciação do mundo (tais como poder considerar-se uma unidade, considerar seu corpo, considerar diferenciações que o referenciem no tempo e espaço, etc.), é fácil então ponderar que o bebê humano nasce numa situação de desamparo drástica, totalmente dependente do ambiente para sobreviver.

A conquista de uma ancoragem interna que propicie ao humano as diferenciações que culminam e se relacionam com a formação do Eu e que lhe ofereceriam alguma autonomia possível em termos de lutar pela própria sobrevivência é algo, inicialmente, externo. Aquilo que sustenta o humano no início da vida é literalmente o ambiente que o cerca, em especial e com maior frequência, a mãe. Portanto, se tudo correr bem, é essa mãe que será preciso internalizar para que a sustentação do indivíduo deixe de se restringir tão maciçamente aos fatores externos, dando-lhe algum grau de independência no sentido de uma autossustentação.

---

[24] Essa proposição se correlaciona com as nomeadas “angústias impensáveis” de Winnicott.

[25] Essa diferenciação será explicada na sequência do texto. Aqui, sugiro ao/à leitor/a acessar um artigo publicado na Revista Brasileira de Psicanálise, no qual também exponho detalhadamente a questão da aniquilação e mutilação fazendo uso de um paralelo com o caso do Homem dos Lobos e do Pequeno Hans. Ver em DURSKI, L. M. & PINHEIRO, N. N. B. (2014) **Aniquilação e Mutilação – Diferentes dilemas psíquicos discutidos a partir do Homem dos Lobos e do Pequeno Hans.** In: Revista Brasileira de Psicanálise. Vol. 48, no.3, 2014.

Se pensarmos na trajetória de um bebê humano, nos primórdios de sua existência, esse caminhar para a independência a partir de conquistas que significam uma autossustentação se faz demonstrável especialmente em termos físicos.

Pensemos, por exemplo, no desenvolvimento da capacidade de controlar o pescoço: coisas que um dia sustentaram o bebê, a exemplo do braço da mãe cuidando para que a cabeça do bebê não fique a esmo, são os protótipos primitivos de toda uma construção que comporá o que poderá vir a ser o autocontrole do próprio pescoço, neste exemplo, e da gama de experiências e funções que incluem (des)controle e (in)sustentação.

A importância de acessar esses fatores primitivos não é somente para destacar o que se pode convencionar como o protótipo de tal ou qual função e/ou organização psíquica mais especializada, mas é, também, para expor o delicado campo no qual incide o/a analista quando se trata de estádios primitivos do desenvolvimento emocional. Nesse sentido, é necessário explicitar que em psicanálise se exige um modo de pensar que contemple a ideia de “coexistência” dos diferentes estados psíquicos pelos quais passou uma pessoa. Estados antigos e atuais operam em conjunto no aqui-agora da existência humana, não havendo uma superação de antigos estádios, mas sim uma gradação e tônica atual de tal e qual arranjo.

Essa perspectiva dinâmica do funcionamento psíquico nos obriga a relativizar a própria ideia de passado, pois o passado de antigos arranjos permanece de alguma forma presente como camada “subentendida”. Aliás, não necessariamente subentendida, pois, por vezes, mais presente que o próprio presente. Camadas “antigas” de arranjos psíquicos que significam um “modelo” de estar, vivenciar, possibilitar, criar e acessar nas/as experiências sobrepõe-se e entrelaçam-se dinamicamente - o mosaico resultante dessa composição depende do caso a caso e do momento a momento da vida de dado indivíduo.

Na obra winnicottiana encontramos, aliás, um apelo à consideração dessa coexistência de “tempos”, arranjos e modelos de funcionamento psíquico. Considerando as ideias contidas na seguinte frase: “(...) tudo que se aplica aos estádios iniciais também se aplica, até certo ponto, a todos os estádios, mesmo ao estádio que chamamos maturidade adulta. ” (Winnicott, 1931-1956, p.411), percebemos que Winnicott deixa clara essa relevância à coexistência das muitas

idades pelas quais já passou um indivíduo, havendo como que um impedimento na ultrapassagem do passado.

Antigos modos de funcionamento coexistem com os atuais e atuam em maior ou menor proporção na vida presente do indivíduo, dependendo de circunstâncias internas e/ou externas que facilitam e/ou dificultam, estimulam e/ou inibem, tal e qual modo de funcionamento. Essa coexistência significa que "(...) o adulto maduro tem a seu dispor todos os estados passados de imaturidade, e pode fazer uso deles por necessidade, por diversão, nas experiências secretas de autoerotismo ou nos sonhos. " (Winnicott, 1958-1964, p.129).

Dirijo a atenção para a pertinência desses processos primitivos no aqui-agora da sessão clínica, posto que estes processos exigem do ambiente certas características que acolham, da melhor forma possível, os "dilemas" que os envolvem. Nesse sentido, novamente, evoco a seguinte asserção de Winnicott:

> É preciso notar que quanto mais caminhamos para trás em nosso estudo do desenvolvimento do ser humano, ficamos cada vez mais óbvia e profundamente envolvidos no estudo do ambiente, **o que em termos de psicoterapia significa o manejo.** [De qualquer modo] seja qual for o grau de importância que atribuímos ao ambiente, o indivíduo permanece, e dá ao ambiente um sentido. (WINNICOTT, 1954-1971, p.119, o grifo é meu).

Entre outros fatores igualmente importantes, é preciso pontuar que foi dessa experiência de refletir sobre o que é exigido de mim como analista para propiciar as melhores condições ambientais àquilo que cada paciente traz e àquilo que é possível se construir entre analista e analisante no percurso de uma análise, que resultou a proposta da Dimensão Sensível como fator inerente ao processo analítico. Fator este a ser considerado para viabilizar tais condições ambientais. Isto posto, antes de enviesar pelos pormenores desta proposição, afirmo que ela está sustentada nos efeitos e consequências da atualização dinâmica dos processos psíquicos primitivos.

Retomando, então, a última vinheta clínica e o que foi situado nessa breve digressão teórica, penso que quando minha paciente apresentou algo como uma sobreposição de diferentes camadas de arranjo psíquico com a cena da árvore: a camada de "perda total"/árvore morta e a camada de "perda parcial"/árvore sem folhas, explicitou-se nessa breve cena a diferença entre angústias de aniquilação e angústias de mutilação.

De fato, nos direcionando à situação psíquica infantil, um bebê não tem como distinguir quando sua mãe se ausenta, se essa ausência é permanente ou temporária. É uma aquisição especializada conquistar a percepção espaço-temporal que permite ao indivíduo se auto-acalentar e suportar espaços de tempo cada vez mais amplos de ausência desse outro que faz função de suporte físico e emocional.

A partir do recorte clínico exposto, é possível ponderar que é como se o ciclo de presença e ausência da mãe (no sentido de mãe/ambiente sustentador) não tivesse sido sobreposto à camada de desespero referente a um estado de não haver esperança quanto ao retorno da mãe. A árvore morta seria a mãe que não retornou, a árvore sem folhas (provisoriamente ausente, pois há a previsão lógica que o outono acabe, a primavera regresse e as folhas e flores renasçam) seria a mãe apenas temporariamente ausente.

Aqui, faz-se pertinente dialogar com uma diferenciação estabelecida por Freud (1923[1905]) no caso do Pequeno Hans, diferenciação explicitada numa nota de rodapé acrescentada ao texto original 18 anos após sua primeira edição e já com a referência à segunda tópica[26]:

> Já foi sugerido com insistência que o bebê, toda vez que o seio materno é afastado dele, sente essa privação como uma castração (isto é, **como perda daquilo que ele considera como uma parte importante de seu próprio corpo**); ademais, sugeriu-se que ele não pode deixar de ser identicamente afetado pela perda regular das fezes; e que, afinal, o ato do próprio nascimento (que consiste, de fato, na separação da criança da mãe, com a qual ela até então esteve unida) **constitui o protótipo da castração**. Mesmo reconhecendo todas as raízes do complexo, expus o ponto de vista de que a expressão "complexo de castração" deve restringir-se àquelas excitações e consequências decorrentes da perda do pênis. Qualquer um que analisando pessoas adultas, se convenceu da presença invariável do complexo de castração irá sem dúvida encontrar dificuldades em atribuir sua origem a uma ameaça causal, aliás de espécie nada comum; será levado a admitir que as crianças constroem para si mesmas esse perigo, utilizando os mais indiretos indícios, os quais jamais deixarão de existir. Tal circunstância é também, com efeito, o motivo que estimulou **a busca daquelas raízes mais profundas do complexo** que têm ocorrência universal. (FREUD, 1905, p.12, o grifo é meu).

Em paralelo à questão implicada no complexo de castração, no que se refere a uma perda de uma parte de si, Freud anuncia a busca das raízes mais profundas desse complexo. Essa direção teórica estabelecida por Freud é interessante, pois

[26] FREUD, S (1923) O Eu e o Id.

parece se aproximar do que minha paciente anuncia quando “confunde” algo da ordem de uma “perda parcial” com uma “perda total”. Para avançar um pouco mais no pensamento freudiano, vejamos outro trecho, agora do texto “Inibição, Sintoma e Angústia” (1926[1925]). Neste texto, Freud faz um exercício de dedução retroativa acerca das origens do sentimento de ansiedade (palavra também traduzida por angústia) e diferencia tal sentimento da seguinte forma:

> Assim o perigo do desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo de perda do objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência dos outros; o perigo de castração, até a fase fálica; o medo de seu superego, até o período de latência. **Não obstante, todas essas situações de perigo e determinantes de ansiedade podem resistir lado a lado e fazem com que o ego a elas reaja com ansiedade num período ulterior ao apropriado**; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo. (...) o neurótico diferirá da pessoa normal devido ao fato de que suas reações aos perigos em questão serão indevidamente acentuadas. Finalmente, o ser adulto não oferece qualquer proteção absoluta contra um retorno da situação de ansiedade traumática original. Todo indivíduo tem, com toda a probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas. (FREUD, 1926 [1925], p.146, o grifo é meu).

Neste trecho, a perspectiva dinâmica reluz e evidencia uma vez mais o que se pode nomear de “concomitância de fases” do funcionamento psíquico. Deste modo, no paralelo árvore morta x árvore sem folhas, minha paciente pareceu ilustrar a atualização de um perigo primitivo, o perigo de vida, de aniquilação. Sublinhemos, portanto, que, embora o perigo de castração e a ansiedade decorrente deste remetam ao perigo do desamparo, tais perigos parecem diferenciar-se. Na especificidade da situação de desamparo, quando da incipiente formação do Eu, Freud então acrescenta:

> Ela [a criança] não pode ainda distinguir entre a **ausência temporária** e a **perda permanente**. Logo que perde a mãe de vista comporta-se como se nunca mais fosse vê-la novamente; e repetidas experiências consoladoras, ao contrário, são necessárias antes que ela aprenda que o desaparecimento da mãe é, em geral, seguido pelo seu reaparecimento. A mãe encoraja esse conhecimento, que é tão vital para a criança, fazendo aquela brincadeira tão conhecida de esconder dela o rosto com as mãos e depois, para sua alegria, descobri-lo de novo. Nessas circunstâncias, a criança pode, por assim dizer, sentir anseio desacompanhado de desespero. (FREUD, 1926 [1925], p.165, o grifo é meu).

Eis condensada nesta última citação a mistura que minha paciente parecia fazer entre ausência temporária e perda permanente. Obviamente, entre estes dois extremos, gradações e diferentes nuances em diferentes problemáticas trazidas à clínica apontam para a necessidade de relativização do caso a caso e do momento a momento na consideração se, em tal e qual questão, a tônica pende para um ou outro extremo.

De qualquer forma, na especificidade do caso citado, posteriormente a esse momento clínico da cena da árvore, pude observar que dizer à paciente "estamos no outono" teve duas funções: a) o verbo "estamos" funcionou como explicitação de que compartilhamos uma mesma comunidade de destino[27], a comunidade humana, fundamentando uma possível vivência de encontro – o retorno da mãe e; b) apresentar o "relógio do tempo", uma pequena fração de mundo aparentemente não considerada sobre os ciclos de nascimento e morte.

Ou seja, uma mãe morta é diferente de uma mãe temporariamente ausente. Contudo, sem um suporte ambiental adequado, o bebê não tem como saber, nem como entrar no processo de elaboração disso. O Fort-da caracterizado por Freud (1920) explicita claramente a pertinência dessa problemática. Ao humano é preciso o trabalho de elaboração psíquica (nunca acabado, pois o passado permanece presente e produzindo efeitos – perspectiva dinâmica) do problema existencial que é o paradoxo inexorável, e potencialmente conflitivo, entre isso que proponho ser nomeado de angústia de aniquilação X angústia de mutilação.

Esta paciente anunciava a sensação, por assim dizer, de que uma "perda permanente" regia a tônica de seu estar no mundo, tendendo a se sobrepor à sua percepção racional sobre "ausência temporária" - ela sabia racionalmente que a vida pode se renovar e que a árvore voltaria a ter folhas, mas não parecia que ela conseguia vivenciar essa percepção para além do campo racional. Era recorrente em seu discurso um viver no aqui-agora que, por vezes, evocava-lhe a sensação de desespero, de uma situação "sem-saída".

---

[27] Anteriormente já evocamos essa concepção de comunidade de destino (ver PARTE I). As ponderações de Safra (2004) sobre o conceito de *comunidade de destino* dialogam diretamente com meu posicionamento. Parafraseando Safra (2004): "Uso o conceito de comunidade de destino não em seu registro social, o que significaria que só poderíamos dizer que estamos em comunidade ao compartilharmos as mesmas experiências sociais de alguém (...). Na situação clínica, estamos em comunidade de destino com alguém quando nos posicionamos solidariamente com nosso paciente frente às grandes questões existenciais peculiares ao destino humano: a instabilidade, a necessidade do outro, a ignorância frente ao futuro, o sofrimento decorrente do viver, a incompletude da condição humana, a solidão essencial, a mortalidade, entre outras. " (Safra, 2004, p.73).

Diante de tal problemática, a isso que perpassava algo da ordem de “perda total”, de uma desesperança na vida, convencionei situar no campo da aniquilação. Esta convenção configurou-se como base de auxílio à definição do manejo realizado e realizável na especificidade das situações clínicas que se me apresentam.

Notei que minha pontuação sobre o fato de estarmos no outono incidiu nesta paciente “a partir de dentro”, por assim dizer, e isso fora possível pela via da confiança conquistada entre nós após um espaço de tempo significativo. Ao participar da cena, foi possibilitado um outro olhar sobre sua visão. Após este fato, em certo sentido, ela começou a poder “se ver” interpretando suas vivências de um modo que a limitava à sensação nomeada de “sem-saída”. Foi como se ela tivesse conseguido se ver ao ser vista e isso teve um efeito disruptivo libertador. Seguiu-se a esse momento clínico uma maior fluidez associativa quanto às repetições interpretativas desse “sem-saída” nos diversos setores de sua vida: no campo amoroso, no campo familiar, no campo profissional, etc. Em todos eles a paciente parecia subentender uma tendência à descrença em sua capacidade de existir, de ter um lugar e de realizar-se. Ela começou a perceber-se interpretando ativamente sua vida de uma maneira tendenciosa e invariável. O que, por sua vez, abriu espaço a novas visões e intepretações.

Meses depois desse episódio, a paciente revelou que desde sua adolescência, numa intensidade que fora lentamente diminuindo, a sensação de morte e inexistência povoava seu mundo, fazendo-se presente a partir de ideações suicidas - tal era a força das angústias de aniquilação que pareciam a invadir.

Outro ponto interessante evocado por esta análise é que, enquanto não fosse experimentada de maneira diversa e, também, notada pela paciente sua participação ativa no vivenciar com desespero essa “fração psíquica” que remetia a um sem-fim, pouco era efetivamente modificado em termos de economia e sofrimento psíquico. Nesse sentido, notei ter sido fundamental “mexer na cena a partir de dentro”, pois não foi de um lugar qualquer que falei “estamos no outono”, falei isso com a convicção de que com essa paciente e após um período significativo de relação algo da ordem da confiança havida conseguido ser estabelecido.

Essa situação de mexer na cena a partir de dentro, sustentada pela conquista da confiança, relaciona-se com a concepção winnicottiana de introjeção do ego auxiliar da mãe/ambiente. Se tudo correr bem, “(...) à medida que o tempo passa o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e dessa maneira se torna capaz de ficar só

sem apoio frequente da mãe ou de um símbolo da mãe.” (Winnicott, 1957-1963, p.34). Aqui é possível compreender mais especificamente algo recorrente na obra de Winnicott: o humano só começa por existir na presença (construída internamente) do outro. Essa dinâmica perpassa a experiência humana e, num recorte, a experiência clínica, evidenciando aqui novamente a relevância do fator ambiental no funcionamento psíquico.

3.2 ENCONTRO E CORTE[28]: a Dimensão Sensível e a condução do processo.

Seguindo a sequência evocada pela questão da aniquilação e mutilação, sobreveio a necessidade de pensar o ambiente/analista/*setting* em diferentes sentidos de manejo clínico, uma vez que esse/a analista/ambiente/*setting* é convocado/a a ser questionado/a ao pensarmos a situação psíquica infantil e sua permanência, em maior ou menor grau, no funcionamento psíquico adulto. Nesse sentido, o estabelecimento de uma dualidade fictícia e didática em termos de “tipos” de intervenção e manejo mostrou-se enriquecedora: o paralelo entre corte e encontro.

Inicio este tópico com uma proposição: o corte deve operar a partir, a favor e em concomitância com o encontro (com o outro, consigo mesmo e com a realidade). Este é um fator central nesta tese, pois tal proposição não só permeia a sustentação, mas significa a própria exigência da conceituação do que nomeio de Dimensão Sensível.

[28] A escolha do termo “corte” para referenciar um tipo de intervenção pertinente ao manejo clínico pode facilmente levar o/a leitor/a a associações acerca da questão do corte na obra lacaniana. Talvez, de fato, devido minha herança e percurso em sua obra, alguma relação (consciente ou inconsciente) possa estar aí explicitada. Contudo, peço ao/à leitor/a que não realize tal confusão, uma vez que, em termos paradigmáticos, isso pode significar um problema conceitual. É preciso lembrar que está, sobretudo, na obra de Winnicott a maior referência, diálogo e posição paradigmática aqui estabelecida. Também, optei por não escolher outra terminologia, uma vez que ponderei ser esta palavra a mais adequada para explicitar algo como um efeito de “ruptura”, de “separação” que opera nesse tipo de intervenção. Mesmo que, paradoxalmente, seja uma separação/ruptura que visa (como o/a leitor/a notará ao longo deste tópico) o encontro – do/a paciente consigo mesmo/a, com o outro e com a realidade -, tento marcar com essa palavra a passagem de uma cena a outra, por assim dizer. Talvez a descrição proposta pelo Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis possa servir aqui de auxílio. No que consta na descrição da palavra “corte”, a pontuação 18, que tange ao uso do termo na área do cinema, é esclarecedora: “Conclusão de uma tomada, no processo de filmagem; na técnica da montagem, o corte consiste na transição direta de um plano a outro”. A transição direta de um plano a outro. Aproxima-se muito disso o que aqui situo sob tal nomenclatura: algo como uma virada de foco, e/ou de ângulo, que muda o plano, evocando outro plano ainda não associado a tal e qual situação/cena. A primeira vinheta clínica contida neste tópico esclarecerá tal designação ao/à leitor/a.

“Assim como você faz comigo?” Foi esta a pergunta que escolhi fazer a minha paciente, uma moça de 25 anos, quando ela relatava a forma como seu pai a submetia em termos de relações financeiras.

Esta paciente vivia a situação de ser estudante de graduação e morar numa cidade distante dos pais. Ela ainda dependia financeiramente da família, mas já estava concluindo a graduação e começava a obter algum retorno financeiro em decorrência da formação. Seu pai era o encarregado de depositar o dinheiro referente aos seus gastos mensais.

Ela e o pai não haviam acordado nenhum tipo de data e/ou condição com relação a tais depósitos e a lógica financeira funcionava mais ou menos da seguinte forma: a paciente precisava sempre pedir dinheiro para o pai, especialmente quando virava o mês e as contas venciam. Também, o pai sempre demorava alguns dias para efetuar o depósito e quase sempre era num valor ligeiramente inferior ao valor pedido.

Esta moça relatava muito sofrimento resultante de tal situação pelo fato de sentir-se excessivamente à mercê da flutuação paterna. Embora existisse, o suporte financeiro vindo do pai era instável e ela não conseguia discernir o sentido dessa lógica estabelecida pelo pai. Para ela, tal situação só trazia sofrimento e mais trabalho, inclusive para o próprio pai, pois este reclamava de ter de ir ao banco muitas vezes ao mês.

O que me chamou muito a atenção neste caso foi que, ao longo de aproximadamente dois anos de análise, a paciente reproduzia comigo uma lógica muito parecida subentendida nessa dinâmica financeira que tinha com o pai: ela negociou um valor de sessão que considerava baixo, mas que era o que ela pôde oferecer tendo em vista sua dependência financeira; as faltas eram frequentes, ela faltava em média uma vez por mês; o esquecimento em realizar o pagamento das sessões ocorria praticamente todo mês, e; quando finalmente efetuava o pagamento, era comum levar uma quantia menor de dinheiro.

Ela relatava constantemente sofrer por não sentir que era percebida pelo pai - uma cena infantil na qual o pai a esquecera na escola, quando tinha por volta de 5 anos, sempre vinha à tona em associações e parecia condensar esta problemática. No entanto, era exatamente assim que ela fora ativamente se comportando em sua própria análise.

Havia a evidência de um sofrimento decorrente de não ser considerada pelo outro, contudo ela mesma não estava conseguindo perceber o outro/analista. Isso não somente no sentido de comprometimento com a frequência e pagamento da análise, mas, além disso, era comum a paciente relatar que pessoas próximas a liam como egoísta e tendendo a desconsiderar a existência do outro.

Em contrapartida, e paradoxalmente, havia um esforço saliente dessa paciente por comportar-se altruisticamente e eu sabia que com grande probabilidade minha pergunta lhe despertaria sentimentos de raiva. Foi preciso ponderar até que ponto seria possível despertar este sentimento nela, sem que isso resultasse no abandono da análise.

Evidenciar que ela repetia na relação comigo o “crime” que acusava ser de autoria do pai era como colocar à sua frente um espelho que refletiria um lado que ela por muito tempo lutava para não enxergar.

A pergunta que fiz a esta paciente teve a função de “corte”. Significou uma ruptura[29] e o possível risco da raiva resultante não fornecer um avanço da análise, mas sim a interrupção do tratamento.

O que nomeio de “corte” tem esse significado de arriscar uma ruptura que pode ser benéfica, no sentido de promover a consideração de algum fator ou parcela da realidade que está sendo ignorado pelo/a paciente. Contudo, é preciso notar que há um perigo central na questão do corte: se ele incide sobremaneira em contextos de aniquilação, o resultado é caos e sofrimento além das capacidades do/a paciente de fazer um uso positivo do corte enquanto uma maior consideração da realidade, de si e/ou do outro.

Ou seja, se o corte evoca angústias de aniquilação, o que resulta disso não é propriamente “corte”, mas rupturas na continuidade do sentimento de ser. A ideia de corte aqui estabelecida faz inferência à separação entre duas partes, por assim dizer. O que deve ser relativizado é que é possível pensar em corte, então, quando há alguma possibilidade de independência entre duas partes. Assim, não há corte possível quando estamos no campo da aniquilação.

Em suma, em termos de manejo, a situação clínica evocada contempla algo que ao longo de minha experiência clínica, e até o momento, pude organizar da seguinte forma: o corte deve operar em função do encontro.

---

[29] No sentido de transposição de uma cena e circunstância vivida passivamente, para uma cena e circunstância realizada ativamente.

Defendo, então, a importância do/a analista considerar o momento a momento do/a paciente e da situação clínica não somente no sentido de ser coerente com as considerações que a psicanálise traz acerca da dinâmica psíquica, mas também para estar minimamente apto/a e advertido/a quanto a importantes consequências de um manejo desprovido de tato.

Considero, porquanto, que um corte/frustração[30] promovido pelo/a analista, quando não bem calculado, quando não visando o encontro (com a realidade, consigo mesmo, com o outro, enfim, com a alteridade) ou quando não considerada a pertinência da conjuntura psíquica primitiva, simplesmente significará violência inapropriada e improdutiva. Por outro lado, quando adequado, o corte/frustração é ferramenta central na consideração da realidade.

Justamente, nesta última alternativa estava a base que julguei ser necessária para que a pergunta, “assim como você faz comigo? ”, significasse para minha paciente um corte com vistas a uma maior percepção de si e do outro, e estivesse razoavelmente livre do risco de significar a eclosão de um sentimento de raiva insuperável que interrompesse a análise.

Assim, neste ponto do trabalho, algumas ponderações winnicottianas sobre a relação entre frustração e agressividade são importantes, pois estas possibilitaram o avanço nisso que situo, em termos de manejo, sob o nome de “corte” e sob o nome de “encontro”.

Relembrando o enunciado do tópico anterior: mutilação (como veremos, equivalente a então nomeada frustração e em paralelo com o manejo nomeado de “corte”) e aniquilação são situações bastante diferentes – enquanto a primeira contempla a ideia de um Eu formado que fornece alguma ancoragem para uma ameaça de perda/invasão parcial, a qual o indivíduo sofre para dar conta, mas está razoavelmente integrado para se (re)organizar diante de tal ameaça e padecimento, a segunda significa um sofrimento inimaginável, pois a ameaça é contra a própria existência, significando como que uma “perda total”, aniquilação de si, caos:

> O caos é, primeiramente, uma quebra na linha do ser, e a recuperação ocorre através de uma revivência da continuidade; se a perturbação ultrapassa um limite possível de ser tolerado, de acordo com as experiências anteriores de continuidade do ser, ocorre que devido às leis elementares da economia, uma quantidade de caos

[30] Na sequência do texto explico por que, neste momento, associei “corte” a “frustração”.

> passa a fazer parte da constituição do indivíduo. (WINNICOTT, 1954-1971, p.157).

Como resultado de um excesso de reação às invasões do ambiente, que interrompem o continuar a ser do bebê, o padrão deste pode, então, tornar-se esse "reagir" (Winnicott, 1954-1971). Num lugar lá onde ainda não se organizou uma ancoragem interna, por assim dizer, torna-se impossível uma perda parcial: um bebê que vivencia uma ausência excessiva da mãe, experimenta uma ruptura na continuidade da vida. Experimenta anseio acompanhado de desespero. Há aí uma ponderação temporal e de intensidade – além de certo tempo e de certa medida, a ausência/corte/ruptura incide para além das possibilidades elaborativas de dado indivíduo:

> Talvez valha a pena tentar formular isso de maneira a que se conceda ao fator temporal o devido peso. O sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do que x minutos, então a imago se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê de utilizar o símbolo de união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em x+y minutos. Em x+y minutos, o bebê não se alterou. Em x+y+z minutos, o bebê ficou traumatizado. Em x+y+z minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê. O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da '**ansiedade impensável'** ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego. (WINNICOTT, 1951-1971, p.136, o grifo é meu).

Assim, é plausível considerar que a possibilidade de frustração, de perda parcial e de questões referentes a um "saber-se castrado/faltante", só podem operar, serem abordadas, revistas e questionadas sob o pano de fundo de algo que foi conquistado e não de algo que se encontra "em vias" prováveis de se formar.

Em outros termos, situo que o que é preciso ser antes conquistado para que corte, mutilação, complexo de castração, perda parcial, etc. seja evocado e trabalhado é o que nomeio de encontro. Neste contexto, percebe-se o quão relativo, sensível e até invasivo pode ser um corte, no sentido de falha ambiental. Um corte, aliás, acaba sempre sendo uma falha ambiental bem ou mal elaborada e/ou utilizada.

Dentre as várias maneiras com as quais o indivíduo consegue lidar com o fracasso ambiental, por exemplo, pode ocorrer o que Winnicott designa sob o termo

“congelamento da situação de falha”. Essa ideia de congelamento da situação de falha é importante, pois, com relação à pratica clínica, Winnicott chama atenção para a possibilidade do tratamento efetuar um “descongelamento”, abrindo um campo de experimentação que auxilie o indivíduo a descobrir e criar novos arranjos, superando a paralisia e exclusividade implicada nesse congelamento.

Tal é, portanto, a importância do fator ambiental revelada por Winnicott que, quando a mãe/ambiente “não é suficientemente boa a criança não é capaz de começar a maturação do ego, ou então ao fazê-lo o desenvolvimento do ego ocorre necessariamente distorcido em certos aspectos vitalmente importantes. ” (Winnicott, 1957-1963, p.56). Nesse sentido, como já acima relevado, essas falhas ambientais bloqueiam a capacidade da criança em sentir-se real e de ter a ilusão de realmente encontrar aquilo que criou (nos estádios mais primitivos, de alucinar).

Sobre isso, como já situado na segunda parte desta tese, Winnicott defende que se o bebê não cria subjetivamente o objeto que lhe é apresentado ou se não há apresentação de objeto quando o bebê está disposto a realizar essa criação subjetiva, então não ocorre a ilusão de encontro necessária para que esse bebê tenha esperança de realizar-se no mundo, sentir-se pertencente a esse mundo e sentir a vida como digna de ser vivida:

> No início a mãe permite que o bebê domine e, se ela não o faz, o seio objetivamente percebido não se sobreporá ao objeto subjetivo do bebê. Poderíamos mesmo dizer que, ao se ajustar ao impulso do filho, a mãe permite que o bebê tenha a ilusão de que o que está lá é algo criado por ele; como resultado, não ocorre apenas a experiência física da satisfação pulsional, mas também **uma união emocional e o início de uma crença na realidade como algo acerca do qual se pode ter ilusões.** (WINNICOTT, 1931-1956, p.296, o grifo é meu).

Se não ocorre essa sobreposição (que não se faz de uma só vez e que, se construída, não é irrevogável), o bebê torna-se um ser não-iludido. Note-se aqui novamente que, para haver desilusão e frustração, é preciso antes ter havido ilusão – nos termos deste trabalho (ilusão de) encontro. Mesmo que mais tarde essa criança venha a reconhecer que o contato com a realidade sempre perpassa a questão da ilusão e de um impossível, o próprio reconhecimento disso, dessa limitação e impossibilidade (que não deixa de ser uma fatia do reconhecimento da realidade e, paradoxalmente, de encontro com esta) só se fará se houver algo do qual se “descolar”, se separar, para se reconhecer.

Trago à tona estas questões para explicitar que, no caso da minha paciente, tentei inferir se havíamos conquistado alguma confiança e continuidade possíveis de manterem-se operantes após o corte efetuado e consequente despertar da raiva.

Assim, em analogia, errar na dose do corte tem o sentido de errar na quantidade de tempo de ausência da mãe – para além de certo limite e de certo timing, aquilo que o/a analista apresenta para o/a paciente ou significa violência, ou é simplesmente inútil. O timing da apresentação/interpretação de algo para o/a paciente, sendo algo que promova ou não rupturas e cortes, se sensivelmente intuído e ponderado, ocorre a favor dessa (ilusão de) encontro e isso significa um cuidado que considero necessário para que o/a analista não coloque em risco a própria continuidade do tratamento. Também, ao ser invasivo e, por exemplo, antecipar sobremaneira uma interpretação, o/a analista igualmente perde esse timing e demonstra falta de sensibilidade e tato.

Mas como é possível determinar a medida, a "dose certa", do corte? Foi buscando compreender se a agressividade seria exclusivamente reativa a uma frustração que Winnicott percebeu ser necessário relativizar o sentimento de frustração. O autor, a meu ver, parte do princípio de que só é possível frustrar-se quando há algo a se perder. O sentimento de frustração, acompanhado de manifestações de raiva e ataques ao objeto, decorrente de sua ausência (temporária), são viabilizados quando estamos no campo da "perda parcial" (castração/mutilação).

Antes disso, no que se refere aos estados primitivos do funcionamento psíquico e à questão da aniquilação, não há uma consideração (*concern*[31]) do objeto (nem de si mesmo), pois tal capacidade não foi ainda adquirida/desenvolvida. Apenas em doses relativas, considerando o fator temporal, quando da não interrupção traumática da continuidade do ser, o bebê vai se tornando hábil a lidar com ausências temporárias da mãe/ambiente sem entrar nos acima referidos sentimentos de desespero, ansiedades impensáveis e caos desintegrador.

Nos estádios primitivos, os movimentos do bebê, muitas vezes "germinalmente" exploratórios, só virão a ser significados como "agressivos" após a conquista da sua capacidade reflexiva. A "agressão", no sentido de movimentos que "confrontam e são confrontados" com os objetos, participa do estabelecimento da

[31] Ver tópico 4.5 (página 110).

própria qualidade de “externalidade” do objeto e, consequente e paradoxalmente, de “interioridade[32]” do sujeito.

Há um paradoxo e uma concomitância entre aniquilação e mutilação que exigem um paradoxo e uma concomitância em diferentes sentidos de manejo. Na situação clínica exposta isso se evidencia: embora houvesse uma dimensão de agressividade no fato da paciente faltar e esquecer-se de pagar as sessões, havia também uma dimensão de não percepção do outro (*ruthless*) que é anterior à possibilidade de uma ação ser definida como agressiva.

Este trecho clínico explicita uma importante relativização da ideia de agressividade/destrutividade: esta não pode ser pensada necessariamente como resultado original da frustação decorrente do princípio de realidade[33]. Em sintonia com esta concepção, Winnicott propõe que a destruição participa, antes, da própria criação da realidade, colocando o objeto fora do eu (*self)*. Podemos dizer que é a destruição do objeto, seguida de sua sobrevivência, que testemunha ao bebê que este objeto existe fora da área de controle onipotente (quando já foi construída uma área de controle onipotente). Assim, a autonomia do objeto entra em evidência e, também, viabilizam-se possíveis contribuições feitas do objeto ao sujeito pelo contato com suas características e propriedades particulares.

É possível interpretar como ação agressiva o fato de minha paciente recorrentemente faltar e atrasar o pagamento. No entanto, embora ela asseverasse ser uma atitude agressiva do pai a situação dele faltar para ela, em termos financeiros e também em outros, ela repetia comigo uma atitude semelhante, mas não parecia dar-se conta disso, nem significar seu comportamento assim como estava significando o do pai. O que valia para o pai, não parecia valer para ela. Era uma incoerência, ainda distanciada da possibilidade de autocrítica.

Questões que tangenciam a aniquilação e a mutilação se mostram misturadas nesta cena: interpretar e sentir a atitude do outro (pai) como ataque e sentir raiva decorrente (mutilação), concomitante a uma não-consideração (*ruthless*) do

---

[32] Coloco entre aspas as palavras externalidade e interioridade para fazer notar que essa distinção se dá por convenção e não necessariamente é um a priori ou uma garantia em termos de organização psíquica. Já o termo “agressão” está entre aspas para evidenciar que essa é uma qualificação a posteriori de um gesto e/ou movimento que não necessariamente será assim significado pelo ambiente e pelo sujeito.

[33] Entendendo-se, neste caso, uma clássica interpretação da teoria psicanalítica que considera o princípio de realidade o “algoz” que envolve o indivíduo em raiva e destruição reativa. Sendo, nessa concepção, esse o “berço” da agressividade humana.

outro/analista (aniquilação). Ela criticava a desconsideração do pai para com ela, mas paradoxalmente não parecia conseguir considerar-me (*concern*).

Nesse sentido, com relação à possibilidade de experienciar frustração, pode-se observar que o indivíduo “lucra” com a adaptação incompleta à necessidade (geradora de frustração) somente quando esta significa, entre outras coisas, o testemunho da externalidade/realidade dos objetos. “Assim como você faz comigo” teve, também, esse sentido de testemunhar que a paciente não estava sozinha, pois, em algum lugar de seu psiquismo, era disso que se tratava: ao não considerar o outro ela repetia a solidão e abandono que sentiu ao ser esquecida pelo pai.

Deste modo, é notável que a própria possibilidade de sentir frustração advoga a favor da “instauração” do princípio de realidade. A frustração, neste caso, estava na quebra da ideia subentendida de que a paciente supostamente estava livre de “ser assim como o pai”, no sentido de faltar assim como o pai faltou com ela. Com minha fala, este ponto teve de vir à tona e, como eu bem percebera, isso facilmente significaria uma falha adaptativa minha no sentido de fazê-la confrontar-se com uma parte de si que estava sendo negada, trazendo desconforto temporário. Era difícil para ela dar conta do desconforto de se ver realizando ações que ela própria condenava no outro/pai.

Winnicott, em sua obra, atenta para a questão de que falhas na adaptação só são proveitosas quando, embora haja raiva ao objeto, como no caso de minha paciente, permanece retida a ideia do objeto como potencialmente satisfatório. Em concordância que esta posição, faz-se claro que somente quando a experiência de continuidade do ser não é traumaticamente rompida, a falha ambiental pode exercer seu papel positivo que é possibilitar ao bebê/indivíduo o reconhecimento da realidade – passagem do fenômeno subjetivo, do objeto subjetivamente concebido para o objeto objetivamente percebido e uso do objeto (Winnicott, 1954-1971).

Quando o bebê/criança consegue guardar a memória de que o objeto gerador de frustração é, também, potencialmente satisfatório, a questão da culpa e responsabilização pela destruição do objeto começa a fazer-se vigente. Podemos observar que adentramos, então, no campo dos conflitos devido à ambivalência, nos quais – idealmente - a criança é desafiada a dominar as ideias e excitações agressivas, porém sem perder essa mesma capacidade para ser agressiva nos momentos apropriados, seja nos casos do odiar ou do amar. Como Winnicott

anuncia, “o ódio ao mundo está em algum lugar, e enquanto esse ódio não for sentido não poderá haver saúde. ” (Winnicott, 1939-1970, p.198).

Dentro dessa problemática, será com o desenvolvimento da capacidade de *concern,* da possibilidade de consideração do outro/realidade, que o indivíduo poderá reconhecer os fatores agressivos e destrutivos presentes no amor instintivo e nas fantasias[34] aí inerentes.

Ao preocupar-se com o possível “mal” que se pode causar ao objeto, o indivíduo pode começar por buscar “cuidar” desse objeto, protegendo-o e responsabilizando-se por danos decorrentes de ataques a este. Assim, ao responsabilizar-se, o indivíduo não mais sucumbe à culpa inconsciente representada por fantasias de morte e destruição do objeto. Mesmo que essa culpa inconsciente continue existindo - porquanto o objeto está constantemente sendo destruído por ser externo -, quando houve reparação pela via da responsabilização, a culpa não mais domina o indivíduo. Em outros termos, “(...) um senso de responsabilidade, aquele que no fundo é um sentimento de culpa. ” (Winnicott, 1957-1963, p.96):

> O importante é a capacidade do bebê ou do indivíduo de aceitar a responsabilidade pela intenção destrutiva no impulso amoroso total, incluindo a raiva pela frustração, que é inevitável por causa das exigências infantis onipotentes. (WINNICOTT, 1954-1971, p.106).

Com relação ao fator ambiental, é possível notar que Winnicott propõe uma gradação das perturbações ambientais (instigadoras do impulso destrutivo). Ou seja, como anunciado acima, ao excederem certa “margem”, essas perturbações perdem a função positiva e são improfícuas, produzindo reação (invés de ação/criação do mundo via gesto espontâneo) por parte do bebê.

Há, destarte, um sério risco para o funcionamento psíquico nessa situação psíquica primitiva, pois o excesso de perturbações ambientais exige uma resposta reativa do bebê além de suas capacidades e têm, como provável consequência, a

---

[34] Com relação a este ponto, quando já houve diferenciações que possibilitaram a formação do Eu, Winnicott considera que o papel da fantasia é chave fundamental para a elaboração de saídas das ansiedades e conflitos gerados em decorrência do ódio e da problemática devido à ambivalência: “A criança saudável não consegue tolerar inteiramente os conflitos e ansiedades que atingem seu ponto máximo no auge da expressão instintiva. A solução para os problemas da ambivalência inerente surge através da elaboração imaginativa de todas as funções, sem a **fantasia**, as expressões de apetite, sexualidade e ódio em sua forma bruta seriam a regra. A fantasia prova, deste modo, ser a característica do humano, a matéria prima da socialização, e da própria civilização”. (Winnicott, 1954-1971, p.78). O fantasiar sustenta a possibilidade de se vivenciar ódio e destrutividade, sem sucumbir às ansiedades decorrentes.

perda (ou interrupção da possibilidade) do seu incipiente sentimento de ser – é como se, nessa situação específica, “ao perder o seio, a boca fosse junto”. Em questão de meses, o que poderia significar aniquilação, decorrente da perda da mãe/ambiente sustentador, pode vir a significar mutilação, com o bebê ainda mantendo o sentido e a continuidade do ser.

A situação clínica supracitada abrange de maneira direta essa problemática da ponderação do momento e intensidade possíveis para haver uma função positiva na realização de cortes. Observei uma “trapaça” psíquica no funcionamento de minha paciente que me levou a desenvolver uma delicadeza significativa em termos de manejo: havia o perigo de eu ser significada como “má”, assim como seu pai, ao apontar-lhe coisas que despontariam sua raiva e lhe trariam intenso desconforto.

Dessa forma, quando da minha fala - que facilmente poderia ser escutada como “você fala que seu pai é mau, mas é você quem esta sendo má”, criando uma reação de animosidade, invés de espelhamento e auto percepção - se perderia mais uma vez a oportunidade de refletir sua ação como uma desconsideração do outro/analista e quem ocupava novamente o lugar de “algoz” da desconsideração não era ela, mas o outro-gerador de raiva. Era como se houvesse uma armadilha e quase que automaticamente o “jogo virasse”, impossibilitando à paciente um olhar reflexivo para além de certa margem.

Considero que esta paciente se situava num limiar entre *ruthless* e *concern* de difícil e sensível manejo. Eu sentia esse limiar como bastante delicado exatamente pela consequência de “virada de jogo” que ele parecia operar.

Caso se confrontasse com certas “sombras e monstros”, por assim dizer, quem automaticamente era visto como “monstro” era aquele/a e/ou aquilo que operasse o enfrentamento. A existência de si parecia exigir a condição de inexistência do outro e esse era um ponto aparentemente insolúvel no caso, pois, contraditoriamente, a mim, parecia que justamente essa condição de inexistência do outro era que a ausentava de um maior contato consigo mesma e com a realidade.

Em suma, esta paciente me apresentou de uma maneira bastante clara o quanto se faz presente na clínica ponderações acerca da sensibilidade do/a analista. Sensibilidade esta, como se fez observável, diretamente ligada às questões de manejo.

Nesse sentido, algumas concepções de Ferenczi (1927-1933) ajudam a ponderar outro fator importante que exige reflexões sobre o manejo clínico,

indicando a necessidade de que o/a analista desenvolva seu tato e sensibilidade para não incorrer em erros de manejo, em especial em um mau uso do que ele nomeia de princípio de frustração[35] – o que, em consequência, desponta mais diretamente a existência e necessidade de delineamento e conceituação de uma Dimensão Sensível pertinente à prática clínica.

O autor situa na disparidade adulto/criança um inevitável fator traumático que incide na formação do aparelho psíquico[36]. Tal disparidade pode irromper em formações patológicas, posto que crianças são facilmente invadidas por tensões às quais elas ainda não estão aptas a elaborar conscientemente. Neste contexto, a espontaneidade da criança é prejudicada, transformando-a num autômato que mimetiza o adulto.

O trauma aqui se refere a uma ignorância de si, por assim dizer, uma ignorância das forças que incidem e determinam a existência do indivíduo, uma cegueira intelectual e/ou emocional que transforma esse ser num autômato que reproduz e transmite inconscientemente o próprio jogo que desencadeou seu automatismo.

> **A análise deveria ser capaz de proporcionar ao paciente o meio favorável à construção do Ego que lhe faltou outrora**, e de por fim ao estado de **mimetismo** que, tal como um reflexo condicionado, incita apenas as **repetições**. **Um novo nascimento e uma nova decolagem**, por assim dizer. (FERENCZI, 1933, p.259, o grifo é meu).

Dessa forma, se a situação psíquica infantil tende ao mimetismo e à submissão acrítica às contingências do meio, e se no psiquismo adulto mantém-se a existência de um lugar no qual impera esse estado de “desproteção” às influências ambientais, que responsabilidade tem o/a analista na propagação ou questionamento dessa tendência mimética? Sobre esse problema, nota-se uma coerência conceitual em Ferenczi quando ele pensa a técnica e o manejo sob a base daquilo que nomeia “princípio de *laisser-faire*” e “princípio de frustração”. Foram especialmente pacientes regredidos/as; pacientes que atingiam processos psíquicos primitivos de indiferenciação; pacientes com barreiras drásticas na conquista e estabelecimento da confiança; pacientes excessivamente obedientes e

[35] Princípio de frustação este que, por sua vez, aproxima-se bastante ao que designo aqui como “corte”.
[36] Estes termos são classicamente trabalhados no texto de Ferenczi intitulado “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1932).

pacientes que demonstravam uma desesperança quanto ao valor da vida, que levaram Ferenczi a ponderar o que fora nomeado por ele de “elasticidade da técnica”.

> De acordo com minhas tentativas de “elasticidade” da técnica analítica, relatadas em outro artigo, nesses casos de diminuição do prazer de viver, vi-me pouco a pouco na obrigação de reduzir cada vez mais as exigências quanto à capacidade de trabalho dos pacientes. Finalmente, impôs-se uma situação que só pode ser assim descrita: deve-se deixar, durante algum tempo, o paciente agir como uma criança, o que não deixa de assemelhar-se à “preparação para o tratamento” que Anna Freud considera necessária numa análise de criança. Por esse laisser-faire permite-se a tais pacientes desfrutar pela primeira vez a irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo. Somente mais tarde é que se pode abordar, com prudência, essas exigências de frustração, que, por outro lado, caracterizam a nossa análise. Mas essa análise, como toda e qualquer outra análise, também deve terminar pela eliminação das resistências que inevitavelmente desperta, e pela adaptação à realidade rica em frustrações, mas completada também – devemo-lo esperar – pela faculdade de desfrutar a felicidade onde ela realmente é oferecida. (FERENCZI, 1928b [1927-1933], p.60).

Princípios de frustração e de *laisser-faire* parecem passíveis de serem pensados em paralelo com a proposição e reflexão sobre diferenças de manejo pertinentes à questão da “mutilação” e da “aniquilação”. Na especificidade da proposição ferencziana do *laisser-faire*, nota-se a possibilidade de “induzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo”. Parece que Ferenczi propõe, então, que o manejo clínico pode (ou não) possibilitar e/ou facilitar o estabelecimento da esperança na existência.

Esse ponto é muito importante, pois é passível de ser discutido sob o prisma da situação de que o/a paciente precisa, antes, ter algo a perder para então adquirir a capacidade e a possibilidade de desenvolver mecanismos que o/a auxiliem a suportar e manejar as perdas e separações que a vida traz, não as significando e vivenciando desesperadamente como a perda da própria vida.

Também, princípio de frustração e de *laisser-faire* podem ser pensados em paralelo com algumas concepções winnicottianas sobre o manejo, em especial a questão do *holding* e da interpretação. Winnicott propõe uma divisão entre o que chama entre “técnica padrão”, cujo princípio se localiza na interpretação da transferência com pacientes neuróticos, e o uso de outros procedimentos – em

especial a questão do *holding* - que se mostraram necessários em sua experiência clínica:

> O holding tem muita relação com a capacidade da mãe de identificar-se com seu bebê. Um holding satisfatório é uma porção básica de cuidado, só experimentada nas reações a um holding deficiente. O holding deficiente produz extrema aflição na criança, sendo fonte: da sensação de despedaçamento; da sensação de estar caindo num poço sem fundo; de um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno e; de outras ansiedades que são classificadas como "psicóticas. " (WINNICOTT, 1950-1963, p.27).

Em linhas gerais, temos que a condição ambiental nomeada por Winnicott de *holding* é a mais propícia aos estádios primitivos. Sem um *holding* inicial suficientemente bom, os estádios "seguintes" ou não são alcançados, ou não conseguem ser mantidos. O *holding* pressupõe a capacidade da mãe/ambiente em se identificar com o bebê e levar em conta a sensível situação na qual ele se encontra. Então, para além da chamada análise padrão, estaria a capacidade do/a analista em propiciar a função de *holding* que, paralelamente à preocupação materna primária, faz o/a analista funcionar como, nas palavras de Winnicott, um ego auxiliar, propiciando a retomada de antigas angústias e, assim, a possibilidade de reordenações talvez (sendo otimista) um pouco menos prejudiciais ao/à paciente.

Deste modo, considerando a vertente dinâmica do funcionamento psíquico, independente do caso tratado, defendo que, em alguma medida, tal função é sempre necessária e uma suposta "análise padrão" não prescindiria de tal função.

Assim, embora Winnicott considere que:

> Quando há um ego intacto, o analista pode deixar de se preocupar com estes detalhes mais antigos do cuidado materno e, neste caso, o setting da análise não é importante em comparação com o trabalho interpretativo. (Por setting, quero dizer a soma de todos os detalhes do manejo). Mesmo assim, há uma reação básica de manejo na análise comum, que é mais ou menos aceita por todos os analistas. No trabalho que estou descrevendo, o setting se torna mais importante que a interpretação. A ênfase passa de um fenômeno para outro. O comportamento do analista, representado pelo que chamei de setting, por ser suficientemente bom no que diz respeito à adaptação da necessidade, vai sendo gradualmente percebido pelo paciente como algo que faz nascer a esperança de que o self verdadeiro possa finalmente ser capaz de assumir os riscos que o início da experiência de viver implica. (WINNICOTT, 1931-1956, p.486).

E, embora essa concepção winnicottiana da clínica seja bastante exigente, incluindo, além da atenção às defesas, do apontamento da falta, da interpretação e do corte, a necessidade (necessidade efetiva, situação sem a qual a análise se inviabiliza) do/a analista oferecer um ambiente suficientemente bom que se adapte às necessidades do/a paciente[37]. Considero que tanto para Ferenczi, como para Winnicott, respectivamente o princípio de *laisser-faire* e o oferecimento de um ambiente suficientemente bom (*holding*) são propostas de manejo que tendem a ser estabelecidas, em suas teorias, em casos peculiares. Casos nos quais não há um "Ego intacto", ou nos quais "não houve um meio favorável à construção do Ego" – são proposições de manejo referente a casos específicos.

O que estou aqui defendendo é que, em certa medida, e relevando a constituição dinâmica do aparelho psíquico, em todos nós há um lugar no qual o Eu encontra-se ainda não formado. Nesse sentido, tanto o princípio de *laisser-faire*, como a proposição de um ambiente suficientemente bom, participam em maior ou menor grau de todos os casos clínicos. Tal postulado, aliás, se faz coerente com as consequências de manejo decorridas de pensarmos aniquilação e mutilação em coexistência - o que parece ser pertinente é a medida e a gradação de tendências de manejo e isso é bastante diferente de optar por tal ou qual manejo.

Assim, se formos pensar em termos desenvolvimentistas, *laisser-faire*, ambiente suficientemente bom (*holding*) e "encontro" são as condições *sine qua non*, as condições de base, condições subentendidas e já estabelecidas para que, se tudo correr bem, o indivíduo consiga alguma sustentação para operar a passagem (não definitiva) da aniquilação para a mutilação – para que o corte opere sua potência positiva de instaurar, ampliar e advogar a favor da consideração de si, do outro e da realidade.

Em analogia, existe no psiquismo um lugar no qual o dilema "a bolsa ou a vida" não vigora, pois, bolsa e vida se equivalem e perder uma parte é se perder. Em algum lugar no psiquismo humano mutilar é aniquilar. Cortar é matar. A advertência da "mistura" entre aniquilar e mutilar exige, portanto, uma construção prévia na clínica anterior (e sempre concomitante) à abordagem do complexo de castração e da efetuação de cortes.

---

[37] Vale esclarecer, obviamente, que o/a analista não é a mãe do/a paciente e o/a paciente adulto/a retraído/a não é um bebê.

Nesse sentido, facilmente se cai na armadilha de considerar que a necessidade de que o/a analista seja sensível, pondere seu tato, haja com empatia, observe a incisão de seus cortes, significa “não estabelecer limites” ao/à paciente, não ser “neutro/a”, ser “muito complacente” com o/a paciente, etc., etc. São proposições demasiadamente impensadas e que podem interromper um aprofundamento necessário na reflexão acerca do manejo na clínica da psicanálise e da Dimensão Sensível.

Caso o/a analista não esteja advertido/a da ponderação aqui proposta e, por exemplo, comporte-se de maneira reservada e fria, a título de uma suposta “neutralidade”, ou do princípio de abstinência freudiano, Ferenczi releva que tal situação apenas tende a reeditar reações sintomáticas:

> Ao comparar a atitude inicialmente obstinada e fixa do paciente com a flexibilidade que resultada do relaxamento [princípio de laisser-faire], pode-se constatar nesses casos que o paciente vê a reserva severa e fria do analista como a continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos, e que repete agora as reações caracteriais e sintomáticas que estiveram na base de sua neurose propriamente ditas. (FERENCZI, 1929 [1927-1933], p.70).

Ou seja, ecoando o que estou tentando apontar, Ferenczi nos adverte que, ao não considerar as questões destacadas acerca do manejo e dos diferentes dilemas implicados no funcionamento psíquico, o/a analista, por vezes, “(...) inflige ao paciente mais sofrimento do que é absolutamente necessário”. (Ferenczi, 1929 [1928-1933], p.71). Além de promover problemas no aqui-agora da situação clínica, quando não atento/a às questões de manejo aqui explicitadas, o/a analista pode, inclusive, evocar uma repetição caracterial e sintomática que o/a paciente já repete.

Uma análise, aliás, deveria se direcionar para, entre outras coisas, evidenciar a repetição - oposto de fixá-la e/ou propagá-la, muito embora a própria transferência seja um “mal necessário” e signifique repetição, não é para fixá-la que o/a analista deve ponderar seu manejo. Nesse sentido, considero que a análise se direciona a evocar e fazer uso da repetição transferencial para, talvez, se tudo correr bem, propiciar um campo de ressignificações e rearranjos que possibilite algum movimento lá onde o/a paciente encontra-se excessivamente paralisado/a.

Há uma marcação importante neste contexto. Em termos de manejo, quer o/a analista esteja ou não consciente disso, quando age pensando incidir no presente, concomitantemente incide, em maior ou menor grau, no passado. Eu sabia que ao

evocar raiva em minha paciente, por exemplo, ao apontar que ela parecia praticar o “crime” do qual foi vítima, não estava simplesmente incidindo no aqui-agora do fato de ela ser inadimplente e desconsiderar o outro/analista. Estava propondo uma ressignificação da antiga atitude defensiva dela perante o pai, e perante pessoas e situações que se equiparavam a essa figura. Estava forçando um pouco a situação de que ela questionasse se aquela lógica de vítima-algoz era de fato operante o tempo todo em sua vida como uma visão e posição a partir da qual ela demonstrava correntemente situar-se no mundo. Eu questionei e desequilibrei um pouco a base a partir da qual ela estava sustentando muito da sua própria visão de si e da vida.

Há um desamparo em jogo como consequência desse manejo. A paciente legitimamente acusava o pai/outro/ambiente de um dia ter faltado como suporte. Independentemente do fato de este pai ter sido ou não negligente, ela sentiu uma negligencia desse pai/outro/ambiente e isso movimentou (paralisou) sua vida até a fase adulta. Havia algo da ordem de uma mágoa e revolta implícitas na forma como ela conseguia estabelecer muitas das suas relações e isso se fez presente também na clínica, via transferência, tornando delicado pressioná-la, pois isso poderia significar esse “outro/ambiente negligente”. Ela denunciava um fracasso ambiental, mais ou menos vasto e mais ou menos elaborável. Ações de corte pareciam ter um impedimento em resultarem no encontro e ampliação da sua percepção da realidade. Pelo contrário, o corte parecia tender a ser facilmente vivido como ataque e falha ambiental, assim como ela apontava ter ocorrido em seu passado. Foi neste limiar, nesse pisar em ovos, que me vi tendo de ponderar meu fazer clínico, e só a partir daí percebi que toda ponderação acerca do manejo é permeada por este limiar.

Embora, como tentei situar, tanto Ferenczi, como Winnicott, proponham uma divisão entre técnicas de manejo concernentes à preocupação com detalhes mais antigos do funcionamento psíquico, em contrapartida à uma problemática mais “especializada” que deflagra questões relativas à ambivalência, tal divisão me parece estritamente didática. Como anunciado no inicio deste tópico, pensar o fazer clínico no campo da “aniquilação”, concomitante e/ou para além dos dilemas de “mutilação” tem o sentido de fazer jus à ideia de dinâmica psíquica, demandando do/a analista a necessidade de não perder de vista que a sustentação de qualquer efeito possível de corte só se dará se houve encontro (ilusão de encontro).

Para Winnicott, a ênfase de manejo contida na concepção de *holding* designa que “a necessidade principal é de apoio ao ego, ou de *holding*. Esse *holding*, como tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre. ” (Winnicott, 1957-1963, p.217). O *holding* diz da sensibilidade, do “tato” do/a analista, para perceber o manejo mais adequado possível no aqui-agora da clínica.

Winnicott atenta ao fato de que é preciso que o/a analista saiba quando deve trabalhar com a mudança de ênfase (*holding* e/ou interpretação), pois pressupor um Eu integrado num/a paciente (ou momento de vida do/a paciente) quando isso não se dá, faz com que o/a analista torne-se ou invasivo/a, ou omisso/a – ambas posturas perigosas, pois tendem a desencaminhar a análise, reeditando possíveis situações de falha pelas quais o/a paciente desintegrado/a provavelmente passou e que justificariam sua desintegração.

Percebe-se uma preocupação clara de Winnicott em fornecer um ambiente adequado na situação clínica, ambiente este que “(...) dará a cada indivíduo a oportunidade de, aos poucos e a seu modo, tornar-se uma pessoa que tem um lugar na comunidade sem por isso perder sua individualidade. ” (Winnicott, 1958-1964, p. 30).

É possível asseverar que, assim como Ferenczi propõe que está numa constante tensão entre princípio de frustração e princípio de *laisser-faire* a pertinência de refletirmos sobre o manejo clínico, Winnicott pensa em diferentes ênfases de manejo a partir da diferenciação (relativa) entre *holding* e interpretação.

Reitero que, numa certa contraposição à posição de Ferenczi e de Winnicott, independentemente de estarmos tratando pacientes enquadrados em tal ou qual concepção diagnóstica, a necessidade do/a analista oferecer uma adaptação ativa ao/à paciente está subentendida à possibilidade mesma de realizar cortes. Embora essa diferenciação dual de manejo clínico possa ser ficcional e didática levando a erros interpretativos, ao separar “tipos de manejo” - como em alguma medida eu mesma acabo de fazer situando o que nomeei de “encontro e corte”, como Ferenczi o faz referenciando princípio de *laisser-faire* e princípio de frustração, ou como Winnicott faz definindo *holding* e interpretação - sua importância está em contemplar particularidades que, por vezes, não são consideradas quando se pensa a clínica a partir de categorias nosológicas estanques.

Considerar que dado/a paciente é “histérico/a”, “obsessivo/a”, “psicótico/a”, “borderline”, “perverso/a”, é perigoso quando isso significa enquadrar tal paciente numa categoria identitária que o estigmatiza, viola sua individualidade e, ainda, define uma direção clínica excessivamente apriorística. Numa situação dessas, não se escuta mais o/a paciente, tendendo-se mais a buscar os traços e situações de seu viver e sua história que “se encaixam” em dada categoria diagnóstica. Além disso, considerar a existência de estruturas definidas e irrevogáveis de organização psíquica é desconsiderar a própria construção freudiana acerca da dinâmica psíquica.

Portanto, tendo em vista evidências clínicas que permitiram propor teoricamente a coexistência vigente no funcionamento psíquico de “estádios” e “dilemas”, mais ou menos primitivos e/ou especializados, é inevitável que o/a analista possibilite tanto *holding*, quanto interpretação, tanto princípio de *laisser-faire*, quanto de frustração, tanto encontro, como corte.

Aliás, vale ressaltar, tanto uma interpretação correta e realizada no momento propício tem, também, função de *holding*, como um corte realizado em momento favorável auxilia o/a paciente a conceber uma parte da realidade que antes não lhe era consciente, tendo efeito integrador e, portanto, também de *holding* e de (ilusão de) encontro.

Neste ponto do trabalho, conclui-se que, para além de pacientes regredidos, de casos graves, dos chamados casos limite, perpassa todo atendimento clínico - mesmo de pacientes organizados estavelmente no campo nomeado “neurose” - a necessidade do/a analista avaliar seu “tato”, sua sensibilidade, para discernir o manejo adequado. É preciso, pois, sensibilidade para notar quando o manejo tende a um efeito disruptivo e/ou integrador. Quando ele pode significar aniquilação e/ou mutilação. Quando objetiva e se aproxima de um descongelamento da situação de falha, de um desnodar do sintoma, de uma melhor economia psíquica ou, do contrário, quando está acarretando um sofrimento além do necessário ou das possibilidades do/a paciente em utilizar o valor positivo da frustração.

Uma total clareza nesse campo soa impossível. Contudo, a advertência quanto a esses meandros do manejo pode ser suficiente para fazer operar uma preocupação que “proteja” o/a analista (e o/a paciente) de equívocos excessivos. Ao que estes apontamentos indicam, a clínica da psicanálise, se se considerar a

pertinência da dinâmica psíquica aqui explicitada, exige, pois, um/a analista sensível e infere, consequentemente uma Dimensão Sensível.

PARTE IV – A DIMENSÃO SENSÍVEL

Figura 4 – Ilustração intitulada “**Eu-Tu**”, de DURSKI, L. M. & MACEDO, C. (2016).

Diante do que foi exposto nas PARTES I, II e III, espera-se que a apresentação dos fatores que sustentam e despontam a pertinência desta tese acerca da Dimensão Sensível tenha ficado clara ao/à leitor/a. Com isso, chegamos ao momento de arriscar a descrição propriamente dita de tal dimensão. Como o/a leitor/a pode supor, não se trata de tarefa fácil discorrer sobre algo que foge sobremaneira ao campo da racionalidade. Tornar inteligíveis meandros que partem, incidem e/ou permeiam fatores tais como sensorialidade, corporalidade, sensibilidade e/ou afetividade, é algo desafiador.

De qualquer modo, inspirando-nos na própria construção freudiana acerca do inconsciente – também um fator de difícil inteligibilidade e acesso "direto", por assim dizer -, podemos guardar alguma esperança em trazer à luz algo que não participa de uma "materialidade" diretamente cognoscível, mas que, por suas manifestações e efeitos, pode ser deduzido.

Como estratégia para expor da forma mais clara possível isso que aqui é nomeado de Dimensão Sensível, considerei propício o exercício de descrição de alguns aspectos que a permeiam e/ou nela incidem, são eles: a conquista da confiança; sinceridade; espelhamento; disponibilidade e devoção; preocupação/*concern*; empatia, e; brincar compartilhado. Estes sete fatores não esgotam a questão, contudo abrem caminho para a busca de apreensão, elucidação e conceituação dessa "área" pertencente à clínica psicanalítica.

Logicamente, esta proposta diz da forma como eu própria, na minha singularidade, - a partir das peculiaridades da minha prática e da forma como pude acessar e usar a teoria psicanalítica - consegui expor essa faceta que notei produtora de efeitos na relação analista/analisante e na direção do tratamento. Outro/a analista pode pensar e conceituar questões semelhantes a seu modo ou, mesmo, usar o que aqui se encontra como base (contra)argumentativa da própria maneira de se dirigir ao fenômeno circunscrito.

Aqui, a partir dos sete fatores escolhidos, é notável a inspiração, familiaridade e diálogo com Ferenczi e Winnicott. Nesse sentido, observei que esta parte da tese funciona, também, como um compêndio de temas e fenômenos extensamente trabalhados por tais autores. Talvez isso tenha se dado pelo fato de ambos terem sido clínicos "da sensibilidade, do tato e do cuidado", por assim dizer, o que coincide com a preocupação subentendida neste trabalho de dar relevância e consistência a essa "área" tão dificilmente apreensível.

4.1 A CONQUISTA DA CONFIANÇA.

> O estabelecimento de uma estrutura psíquica estável e saudável certamente está relacionado a uma confiança na mãe interna, mas essa confiança é mantida pelo indivíduo. É verdade que as pessoas passam a vida sustentando o poste onde estão apoiadas, mas, em certo ponto da fase inicial, tem de existir um poste que se mantenha por conta própria, do contrário não há introjeção da confiança. (WINNICOTT, carta à Donald Meltzer, de 25 de outubro de 1966 [1896-1971], p.190).

Em termos de desenvolvimento emocional primitivo, há a necessidade de uma mãe/ambiente fidedigno inicial para que cada novo ser humano seja recebido e acolhido num meio propício à construção de uma ancoragem interna que lhe possibilite aventurar-se na descoberta e criação de si e do mundo. Essa conjuntura suficientemente boa perpassa, em maior ou menor grau, o que se exige do processo analítico e do/a analista ao receber/acolher cada novo/a paciente.

A conquista da confiança se configura num pilar necessário à efetivação e continuidade do tratamento, assim como uma relação de confiança mãe-bebê se configura na possibilidade de uma união emocional que permita ao bebê acreditar na realidade como algo acerca do qual se pode ter ilusões. (Winnicott, 1956).

A ideia de confiança aqui referida significa uma atitude basilar, por assim dizer, a partir da qual o humano se sustenta no mundo. A confiança pode, então, se configurar ou não como a base que sustenta as ações de dado indivíduo, pode ou não definir sua crença na dignidade de viver a vida e pode ou não ser (des)construída, dependendo dos abalos – iniciais ou posteriores – pelos quais uma pessoa pode passar.

Alguns dos meandros dessa questão da confiança me foram apresentados de modo bastante claro em minha experiência com pacientes diagnosticados com câncer. Pacientes com um mesmo tipo de câncer, prognósticos e situações de vida semelhantes (em termos de classe social, escolaridade, idade e composição familiar) pareciam definir seu futuro a partir da forma como conseguiam encarar a doença - confiando ou não no que lhes poderia ser trazido em seus futuros em termos de expectativa positiva ou negativa de virem a ter uma vida digna de ser vivida.

Atendi apenas três vezes um paciente de 23 anos que havia recebido o diagnóstico de câncer de testículo. Este paciente tinha um bom prognóstico, sem risco de morte, com previsão de alta a ocorrer poucos dias após procedimento cirúrgico, quando do término de quimioterapia adjuvante. Ele passou pelo procedimento de retirada de um dos testículos e se encontrava no pós-cirúrgico quando me foi encaminhado. A equipe médica estava preocupada, pois o paciente recusava alimentar-se e apresentava aparente estado emocional depressivo, recusando também qualquer tipo de comunicação com a equipe e com seus familiares. Havia apenas explicitado que não queria, em hipótese alguma, que sua noiva o visitasse.

Ao invés de atendê-lo em seu leito, com a presença de outros pacientes e da equipe médica, notei ser mais propício levá-lo a uma sala de atendimento particular. Quando estávamos apenas nós dois nesta sala, o clima ficou notavelmente mórbido e devastador. O paciente, num tempo de aproximadamente 30 minutos, não proferiu palavra alguma. Tentei explicar minha presença ali, as condições a partir das quais me pediram para atendê-lo, as condições a mim informadas sobre seu quadro, etc., contudo, de sua parte, apenas silêncio.

Percebi que se tratava se um caso grave. Embora seu prognóstico fosse muito positivo e ele estivesse “biologicamente” livre de risco de morte, parecia que “psiquicamente” havia algo ali muito preocupante. Já no dia subsequente percebi ser necessário visitá-lo - novo episódio de silêncio. Em mim, ficava cada vez mais intenso um sentimento de desespero quando estava com ele.

Sua situação se complicava especialmente pela questão da recusa alimentar e pela crescente debilidade imunológica. Em nosso terceiro, e último, atendimento, o paciente me surpreendeu ao balbuciar palavras. Eram frases confusas, contudo uma me marcou: “Não sou mais homem”. Ao que tudo indicava, a doença tinha atingido a própria construção identitária do paciente, abalando as bases que o sustentavam no mundo e o permitiam sentir-se alguém.

Foi um atendimento bastante intenso e que me trouxe sentimentos de terror. Fiquei com medo de sua atitude e estado confusional, contudo me pareceu que ao menos ele conseguiu começar a expressar um pouco disso. Infelizmente, o paciente falecera dias depois e deixou a mim, a equipe médica e os familiares estarrecidos, uma vez que não havia uma explicação “médica-biológica” que justificasse um rumo e evolução de tratamento com risco de óbito. Para surpresa da equipe, era sua

atitude diante de como ele parecia estar significando a doença que apontava ser a causa de sua morte. Tal era a dramaticidade de seu quadro emocional que não houve outra explicação para sua morte além da determinação de sua atitude psíquica – nesse “não sou mais homem” o paciente se mostrou destruído psiquicamente pela forma como estava significando sua doença.

Esse caso marcou-me profundamente. Já se passaram aproximadamente dez anos desde o ocorrido e ainda hoje ressoa em mim a gravidade de uma atitude de desesperança com a vida.

Desesperança e confiança são aqui tidos como uma dualidade antagônica que anuncia uma tendência geral de estar no mundo embasada, por um lado, num “não-estar reativo” e, por outro, num “estar criativo”. Assim como Winnicott nos aponta, a própria “capacidade de formar imagens e utilizá-las construtivamente pela recombinação em novos padrões, diferentemente dos sonhos ou fantasias, depende da capacidade do indivíduo em confiar. ” (Winnicott, 1951-1971, p.142). Portanto, a ilusão e repetida interação entre a criatividade e aquilo que o mundo tem a oferecer protege o ser humano da sensação de futilidade decorrente de um viver reativo.

A sensação (ilusória) de encontro entre criação e apresentação de objeto permite ao novo ser humano a confiança necessária à experimentação de si e do mundo. Em outros termos, essa ilusão e confiança permitem ao indivíduo sentir as experiências como reais e dar livre curso à sua capacidade criativa, além de ser a base a partir da qual, respeitando certa gradação traumática, por assim dizer, ele se encontra protegido de colapsos emocionais referentes a angústias de aniquilação.

Como no último relato clínico, parece que meu paciente atingira uma destituição identitária tal que tornou impossível escapar da própria aniquilação. Não sobraram sentimentos de esperança e confiança na vida. A forma como a significação de sua doença ocorreu, não deixou espaço para uma (re)criação de si. Ele pareceu não ter mais a “capacidade de formar imagens e utilizá-las construtivamente pela recombinação em novos padrões”, ressignificando a si mesmo e a sua vida. Não foi possível para ele vivenciar a doença como mutilação, como perda de uma parte de si que, embora o descontruísse, não o aniquilaria. Não houve possibilidades de se reconstruir a partir dos escombros.

Um fio de esperança e confiança na possibilidade de se reconstruir começou a aparecer quando ele pôde pronunciar um pouco de como ele estava sendo afetado, a partir da frase “não sou mais homem”, porém sua organização

encontrava-se tão fragilizada que, efetivamente, qualquer fio que o ligava à vida acabou por se romper.

A partir dessa última referência clínica, é possível observar, então, uma dramática consequência da perda de uma atitude de confiança e esperança na vida. Essa situação deixa claro que, em certa medida, mesmo que conquistada, a confiança pode ser perdida. Nota-se um processo de conquista da confiança, possível perda (parcial ou total) e manutenção dessa pertinente ao devir humano.

Na clínica, o gesto inicial de busca pelo tratamento já evidencia uma faceta de esperança e confiança de que aquele lugar e aquele/a analista proporcionarão algo – independente se esse algo é ou não uma solução mágica para o sintoma ou se é ou não um pedido para continuar a não “saber-se faltante”. É preciso atenção e sensível manejo para não perder de vista a fração “positiva” dessa aposta inicial que o/a paciente faz.

Confiar na análise e no/a analista significa uma aposta no tratamento e a própria possibilidade de sua continuidade. Assim, como muitos são os fatores que podem consolidar ou, do contrário, extinguir uma possível relação de confiança entre analista/analisante, torna-se necessário que o/a analista esteja atento a este fator pertencente à Dimensão Sensível.

Neste ponto, é preciso esclarecer que o uso do termo “confiança” é aqui pensado buscando um distanciamento razoável de algo da ordem de uma “fé cega” ou de uma submissão irracional aos ditames do meio. Assim, embora em alguma medida o sentimento de confiança perpasse o campo da “sugestionabilidade”, proponho aqui fazer uma distinção parcial e necessária entre eles.

A conquista da confiança aqui proposta diz de uma combinação entre fatores afetivos e racionais que permitam ao/à paciente uma ponderação madura do depósito de confiança que fará ao tratamento e ao/à analista. Trata-se de algo bastante diferente de uma “entrega” acrítica ao tratamento e ao/à analista por fatores exclusivamente afetivos tais quais, por exemplo, acreditar que o/a analista é detentor/a de alguma verdade mística ou que ele/a é algum tipo de mestre/a ou guru que mostrará o caminho do paraíso para o/a paciente.

Neste contexto, muitos são os casos nos quais o/a paciente só inicia uma análise caso “bote fé” no/a analista e um dos grandes desafios deste contexto é verificar se o/a paciente dará conta ou não de tirar o/a analista deste pedestal (unindo-se a isso o fato de o/a analista conseguir permitir ou não que, até certo

ponto, esse pedestal se sustente por um espaço de tempo necessário ao caso a caso; se ele/a conseguirá ou não (des)estimular e abdicar desse lugar; e do quanto será demandando do/a paciente para manter e/ou retirar o/a analista de tal posição). Enquanto há um "endeusamento", por assim dizer, da figura do/a analista, há um tamponamento da própria incompletude que sustenta uma ideia de paraíso perigosa, não possibilitando ao/à paciente a experimentação de diferentes arranjos relacionais que ultrapassem hierarquias silenciadoras. Deste modo, numa relação maciçamente hierárquica, não se experimenta na análise a situação salutar de estar em comunidade de destino.

Pois bem, feita essa ressalva de que a conquista da confiança diz mais de uma relação de sinceridade[38] entre analista/analisante, que de uma relação de "fé cega", começa a ficar claro que nesse início, em termos de conquista da confiança, muitos são os pontos frágeis aos quais o/a analista deve estar atento para possibilitar um manejo suficientemente bom.

Se, por exemplo, o/a analista recebe um caso no qual o problema se encontra centralizado na própria possibilidade do/a analisante ter conseguido vivenciar e introjetar uma relação de confiança com a mãe/ambiente, esse problema será expresso na relação de confiança que esse/a paciente conseguirá (ou não) estabelecer com o/a analista. Isso implica que, com pouco tempo de vivência com o/a paciente, o/a analista tem de manejar sensivelmente a situação, dada a iminência do abandono do tratamento.

O caso a caso revela inúmeras peculiaridades e minúcias nesta questão da conquista da confiança. Evoco outra vinheta clínica na qual parece ter sido por pura "sorte" que uma paciente, uma moça de 23 anos, relatou efetivamente o começo da confiança no tratamento: numa dada sessão, a paciente descreveu um sonho no qual observava um cavalo branco alado, preso por cordas e sofrendo na luta para libertar-se.

Em associação livre, nessa mesma sessão, a partir de lembranças de imagens de cavalos brancos, a paciente recordou cenas de aberturas de filmes nas quais esse cavalo aparecia (abertura de filmes da TriStar Pictures, produtora de cinema). De forma recorrente, aliás, ela trocou nessa sessão a palavra "filme", pela palavra "sonho".

---

[38] A questão da sinceridade será discutida no próximo tópico. (Ver página 96).

Continuando suas associações, rememorando filmes, a última cena por ela referida foi a de um filme que julgara ser a lembrança mais antiga que tinha de um filme assistido - a paciente tinha por volta de 3-4 anos quando viu tal filme e ficara marcada em sua memória a imagem de uma “mulher-monstro”, com cabelos de serpentes e que petrificava quem a olhasse.

Passada uma semana para a próxima sessão, a paciente chegou extasiada, pois ao comentar sobre essa memória com sua esposa, ela lhe disse saber de qual filme se tratava. Eis que então a paciente decidiu procurar o filme e assisti-lo. Era mesmo o filme de sua infância– ele existia, não era apenas fruto de sua imaginação ou de alguma memória infantil inventada. O fato é que, deste filme, a paciente só se lembrava da cena da Medusa (ela se deu conta de que se tratava dessa figura mitológica) e, quando o assistiu novamente, surpreendeu-se ao ver que exatamente a cena de seu sonho – um cavalo alado preso – pertencia também ao mesmo filme.

Ou seja, no início de uma dada sessão essa paciente relata um trecho de um sonho, em associação livre chega a outra imagem e, posteriormente, se dá conta de que ambas as cenas estavam num mesmo filme que ela assistira quando tinha apenas quatro anos de idade. Talvez o ponto de “sorte” tenha sido que, ao relatar a cena da Medusa à sua esposa, e tendo a esposa revelado que conhecia e sabia o nome do filme, a paciente pôde saber que ambas as cenas estavam num mesmo filme, mas, de qualquer forma, por sorte ou não, o fato é que essa paciente chegou à sessão seguinte convicta de que existe esse lugar chamado inconsciente, lugar que guardou uma lembrança tão antiga e que, 20 anos depois, mostrou-se claramente vivo e operante em sua mente.

Este momento clínico foi central para esta paciente apostar no próprio trabalho de análise e permitiu a ela avançar e deixar-se levar no exercício de associação livre. Ela, na especificidade de seu caso, alcançou nesta ocasião a convicção do inconsciente e tal conquista a fez implicar-se de uma maneira claramente sincera ao trabalho de análise.

Neste caso, este foi um momento crucial para a paciente “entregar-se” mais claramente à associação livre e também confiar na presença do/a analista. Após esse momento clínico, ela permitiu mais efetivamente “mergulhar-se em si mesma”, “desnudar-se” e fazê-lo na presença de um outro. Para tal, é preciso coragem, coragem esta que foi efetivamente sustentada pela confiança dada ao processo

analítico, possibilitada na relação analista/analisante e vivida no espaço entre analista/analisante.

Nesse sentido de entrega, de desnudamento e de aposta no processo analítico e no/a analista, abre-se ao/à paciente a possibilidade de uso do espaço "entre" analista-analisante. Em termos winnicottianos, o espaço potencial necessita da conquista da confiança para ser estabelecido e estabilizado e, também, se configura no "campo" a partir do qual pode ocorrer o brincar. Partindo da perspectiva do desenvolvimento infantil, subjacente à clínica:

> O brincar implica **confiança** e pertence ao espaço potencial existente entre o (que era a princípio) bebê e figura materna, com o bebê num estado de dependência quase absoluta e a função adaptativa da figura materna tida como certa pelo bebê. (...) É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação. (Winnicott, 1951-1971, p.76-9, o grifo é meu).

Temos também que, como já citado anteriormente:

> É com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos. (Winnicott, 1951-1971, p.93).

Assim, caso tenha sido consolidada uma relação de confiança entre analista/analisante, constrói-se uma base de sustentação da relação razoavelmente estável que permita, talvez finalmente, ao/à paciente a externalização da agressividade em decorrência das falhas na adaptação. O/a paciente pode, então, enveredar pelo processo de elaboração (infindável) das falhas do/a analista e das próprias falhas. Permite-se, assim, que o/a paciente entre em contato com sua agressividade e com os dilemas referentes à ambivalência, percebendo que o mundo de fato sobrevive e que o fruir da agressividade participa da vida, inclusive, como vimos, em termos de encontro com a realidade.

O que se permite, então, é como que uma criação e/ou ampliação da possibilidade de estabelecimento de uma relação sincera consigo mesmo/a (paciente) e com o outro (analista), não havendo mais uma necessidade imperativa de evitação, negação, recalque ou outro mecanismo defensivo para com a faceta

“agressiva/destrutiva” da personalidade. O/a paciente, com isso, tem um maior acesso às próprias sombras e monstros, por assim dizer, não precisando mais recorrer a automatismos, submissão ou outra (re)ação sintomática excessivamente paralisante.

4.2 SINCERIDADE.

Proponho aqui uma relação direta entre sinceridade e confiança: sinceridade gera confiança e a confiança se sustenta, entre outros fatores, pela sinceridade.

De modo geral, observo em minha clínica uma intensa tendência de minhas e meus pacientes em “mentirem inconscientemente” para si mesmos/as e para os outros. Pontos que aparentemente seriam condenados e julgados como “negativos”, tentem a um difícil acesso à consciência. Nesse sentido, como Winnicott nos lembra, “ser capaz de tolerar tudo o que podemos encontrar em nossa realidade interior é uma das grandes dificuldades humanas, e um dos importantes objetivos humanos consiste em estabelecer relações harmoniosas entre as realidades pessoais internas e as realidades exteriores. ” (Winnicott, 1939-1970, p.98). Este apontamento winnicottiano cabe a nossos/as pacientes e também, aos/às analistas: está o/a analista apto/a a admitir - para si e, quando necessário, para o/a paciente - sentimentos e ideias gerados na relação entre analista/analisante?

Observa-se em Ferenczi um profundo questionamento acerca da questão da sinceridade. Para o autor, a tendência à mentira, deturpação dos fatos e falta de sinceridade de pais e educadores/as pode provocar, em referência ao desenvolvimento emocional infantil, perturbações afetivas e intelectuais graves que precisarão ser tratadas na fase adulta.

> O homem é o único ser vivo que mente. Eis o que torna difícil para a criança a adaptação a essa parte do seu meio ambiente. (...) assim, a sua vivência pessoal e afetiva [da criança], agradável ou desagradável, opõe-se aos dizeres das pessoas encarregadas de sua educação, pessoas a quem ama profundamente, apesar de suas opiniões manifestamente errôneas, e das quais depende também no plano físico. Por amor a essas pessoas, deve adaptar-se a esse novo e difícil código. (FERENCZI, 1927a [1927-1933], p.12).

Em sua obra, Ferenczi argumenta estar na tendência à “confusão de línguas” entre o adulto e a criança um dos centrais fatores que propiciam o estabelecimento de mecanismos defensivos, em especial, o recalque. O recalque funcionaria como promotor de uma cegueira psíquica que relega ao inconsciente conteúdos julgados inapropriados à ascensão consciente.

Diante deste contexto, Ferenczi defende, em termos de direção do tratamento, o enfrentamento consciente dos próprios impulsos e desejos, que outrora precisaram ser recalcados, mesmo que desagradáveis e difíceis de admitir moralmente. Com isso, anuncia-se a possibilidade de o/a paciente conquistar uma relação de sinceridade consigo mesmo, observando e admitindo conteúdos em si que antes lhe eram desagradáveis a ponto de terem sucumbido ao recalque e ao desfecho sintomático.

Recalque, sintoma e repetição pressupõe a não-consideração de uma parte da realidade, fato que torna o indivíduo ignorante das próprias tendências e forças que determinam sua existência, sendo que a análise, para Ferenczi, deve visar a possibilidade de uma economia psíquica mais eficaz em termos efetivação do princípio de realidade e de evitação de automatismos.

> Abandonar a verdadeira tendência para mentir apresenta-se, pois, como sendo no mínimo um dos sinais do fim próximo de análise. (...). Poderíamos generalizar, por conseguinte, dizendo que o neurótico não pode ser considerado curado enquanto não renunciar ao prazer do fantasiar inconsciente, ou seja, à **mentira inconsciente**. Não é um mau caminho para detectar esses ninhos de fantasias surpreender o doente em flagrante delito de deformação dos fatos – ainda que seja mínima – como acontece com tanta frequência no decorrer da análise. A preocupação em não expor a própria vaidade, o temor de perder a disposição amistosa do analista desvendando certos fatos ou sentimentos, induzem todos os pacientes, sem nenhuma exceção, a reprimir ou deformar os fatos. (FERENCZI, 1927b [1927-1933], p.19, o grifo é meu).

Como o contexto da análise ocorre no espaço “entre” analista/analisante, nessa observação sobre o componente “sinceridade” pertinente à Dimensão Sensível, o/a analista é convocado/a a desafiar a própria capacidade de facilitar e estabelecer relações que se organizem por esta via.

Como visto no tópico anterior, uma vez que a conquista da confiança é um pilar a partir do qual a análise se sustenta, possibilitando que a relação sobreviva aos ataques disruptivos decorrentes da repetição sintomática, e uma vez que

confiança e sinceridade estão diretamente ligadas, é preciso esclarecer como o/a analista pode, nessa área de afetação mútua, fazer valer a sinceridade.

Numa reflexão lógica, realmente, se o/a próprio/a analista ainda não conseguiu desvendar e enfrentar em si mesmo/a a própria tendência a deformar os fatos - quer seja por vaidade, orgulho, receio de provocar desconforto, raiva, ódio ou agressividade, entre outras possibilidades que visam a evitação de algum desprazer e/ou a manutenção/ganho de prazer – como pode ele/a intentar proporcionar a criação de um espaço e de uma relação a partir da qual o/a paciente tenha alguma liberdade para se expor em suas próprias deformações, negações, mentiras, etc.? Nos termos de Ferenczi, como propor um espaço mais saudável, por assim dizer, que supere a condição infantil na qual a criança teve sua percepção da realidade deformada em decorrência da confusão de línguas entre crianças e adultos quando o/ próprio/a analista ainda tem muitos “pontos cegos” a lhe serem revelados e encarados?

O/a analista é desafiado/a, em sua análise pessoal, a ter clareza sobre onde se encontra no sentido de haver conseguido ou não atingir uma objetividade tal que o/a capacite ao enfrentamento e julgamento consciente da ambivalência das relações. Ele/a próprio/a precisará admitir para si e, muitas vezes, para o/a paciente, o ódio e agressividade que a relação eventualmente desperta nele/a: “Uma das principais tarefas do analista de qualquer paciente é manter a objetividade com relação a tudo que o paciente traga e um caso especial dessa tarefa é a necessidade de que o analista seja capaz de odiar objetivamente o paciente” (Winnicott, 1931-1956, p.344).

Como facilmente se pode supor, tende a ser muito difícil espelhar para o outro a aversão que ele pode causar. Ainda mais desafiador é espelhar isso sem ser, também, agressivo ou aversivo. A questão que se faz é: como ser sincero/a sem ser violento/a? Isso tudo envolve a questão acima anunciada acerca do corte visar encontro. Vejamos um exemplo winnicottiano esclarecedor:

> Um de meus pacientes, um obsessivo grave, foi quase abominável pra mim durante alguns anos. Sentia-me mal com isto até que a análise deu uma volta e o paciente tornou-se amável. Compreendi, então, que sua facilidade em ser odiado havia sido um sintoma ativo, inconscientemente determinado. Foi realmente um dia maravilhoso para mim (muito mais tarde) quando pude dizer ao paciente que eu e

> seus amigos havíamos sentido aversão por ele, mas que ele estava muito doente para que lhe disséssemos isto. Este foi um dia importante para ele também, um tremendo avanço de seu ajustamento à realidade. (WINNICOTT, 1931-1956, p.344).

Winnicott demonstra nessa última citação que não perdeu a esperança do encontro (do paciente consigo mesmo, do paciente com a realidade e dele próprio com o paciente). Este trecho clínico é muito rico para evidenciar o sentido aqui dado ao termo “sinceridade”. Trata-se da possibilidade de espelhar, evitando deformações excessivas, o como o outro nos afeta. Winnicott conseguiu, não sem dificuldades e não sem um longo tempo suportando o desconforto que o paciente lhe gerava, finalmente ser direto e sincero com ele. Trata-se de uma função importante de espelhamento, de possibilitar ao/à paciente “ver-se sendo visto/a”, uma função reflexiva propiciadora da experiência de alteridade.

Claro que muitos são os perigos do uso da sinceridade na relação analítica. Facilmente, quando o/a paciente gera aversão na contratransferência, como neste caso citado por Winnicott, podemos pensar se não é um ponto cego no/a analista, algo que ele/a próprio/a ainda não trabalhou em sua análise, o fator motivador de tal desconforto. A baliza para tais questões de manejo não é objetiva: é a análise do/a analista.

Quer o/a analista tenha ou não avançado em sua análise a ponto de conseguir manter uma objetividade razoável acerca dos sentimentos e ideias gerados na relação com seus/as pacientes, quer o/a analista admita ou não conscientemente estes fatores, eles continuam operantes.

Certa vez, no começo de minha experiência clínica, especialmente por razões financeiras e por desejar movimentar a clínica, aceitei atender um paciente, um rapaz de 20 anos, aos sábados pela manhã. O fato é que não considerava que este paciente pagava um valor justo pela análise e a forma com que ele tendia a subjugar as mulheres que passavam pela sua vida muitas vezes me deixava desconfortável ao atendê-lo, além de que, era custoso para mim abrir horários aos sábados, já que costumava ter compromissos às sextas à noite. Enfim, eis que não respeitei meus próprios limites por assim dizer, e aceitei atendê-lo aos sábados, escondendo dele e negando em mim que isso seria caro demais.

Passados alguns atendimentos em tal contexto, num dado sábado, simplesmente não acordei – o deixei esperando. Sabia que aquilo seria muito grave para este paciente. Ele me exigia muitas concessões e deixá-lo esperando, sem aviso e sem explicação seria o mesmo que insultá-lo. Notei que isso não havia ocorrido sem razão. Ele me gerava uma aversão específica e em algum lugar em mim, pela via da ausência, demonstrei a ele isso.

Refleti sobre o ocorrido e decidi ligar, esclarecendo o fato, sabendo poder ser esta a última vez que nos falaríamos – foi um dos primeiros grandes desafios que vivenciei na clínica quanto ao uso de minha capacidade de ser sincera. Ele estava com muita raiva, disse que atendeu meu telefonema apenas porque eu poderia ter sofrido algum acidente ou algo da ordem. Somente algo assim, catastrófico, justificaria minha ausência.

Com muita dificuldade, expus a ele o quanto era custoso para mim atendê-lo naquele horário, o quanto o baixo valor de suas sessões estava atrapalhando o processo, o quanto de sua tendência a subjugar mulheres era sentido de maneira violenta e também custosa por mim. Admiti, também, meu erro em não haver conseguido expor isso de uma maneira mais objetiva e no momento em que a questão surgira, guardando em mim um “ranço” de dissabor que acabava de ser expresso na ausência ocorrida – motivo pelo qual deveria desculpar-me. Este foi um momento muito importante neste caso para que o paciente não só continuasse no processo, mas para que eu percebesse que, ao não sentir como justa a relação analista/analisante, naquilo que ofereço e naquilo que recebo (não somente em termos de dinheiro, mas naquilo que ocorre de trabalho de análise realizado por mim e pelo/a paciente), tendia a encobrir fatores que, mais cedo ou mais tarde, acabavam influenciando em casos de abandono do tratamento e em demoras excessivas para que certos conteúdos adviessem à consciência.

Tais ponderações evidenciam o quanto o terreno analítico é movediço, exige contínua auto-observação do/a analista para que este/a não incorra em equívocos advindos de uma posição de subjugação ou de submissão ao/à paciente – e vice-versa. É neste contexto que admitir e reconhecer erros é imprescindível ao/à analista, significando também sinceridade e resultando factualmente num auxílio ao estabelecimento da confiança:

> A modéstia do analista não é, portanto, uma atitude aprendida, mas a expressão da aceitação dos limites do nosso saber. (...) Em nenhum caso se deve sentir vergonha de reconhecer, sem restrições, erros cometidos no passado. Nunca se esqueça que a análise não é um procedimento sugestivo, em que o prestígio do médico e sua infabilidade têm que ser preservados acima de tudo. A única pretensão alimentada pela análise é a da confiança na franqueza e na sinceridade do médico, não lhe fazendo mal algum o franco reconhecimento de um erro. (FERENCZI, 1927-28 [1927-1933], p.37).

Em síntese, participa da Dimensão Sensível a possibilidade do/a analista ser sincero/a no sentido não somente de facilitar e estabilizar a conquista da confiança, mas de propiciar ao/à paciente experiências de espelhamento e reconhecimento suficientemente fidedignas que ampliem sua consideração da realidade.

4.3 ESPELHAMENTO.

Ao realizar ponderações acerca do processo de apresentação/criação de objeto, Winnicott abre margem para apontar um fator importante que considero inerente à Dimensão Sensível na clínica: a necessidade de que as apresentações feitas ao bebê, em termos de desenvolvimento emocional primitivo - e ao/à paciente, em termos de manejo clínico – respeitem o tempo do bebê/paciente e condigam com a capacidade criativa e a forma como este dá sentido às próprias vivências. Winnicott atenta para esta faceta da experiência entre bebê/mãe e entre analista/analisante com relação a certo cuidado, a certa preocupação, que a mãe/analista deve ter no sentido de espelhar para o bebê/paciente aquilo que este traz:

> O vislumbre do bebê e da criança vendo o eu (self) no rosto da mãe e, posteriormente, num espelho, proporcionam um modo de olhar a análise e a tarefa psicoterapêutica. Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz**. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto.** Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (self)

> para o qual retirar-se, para relaxamento. (WINNICOTT, 1951-1971, p.161, o grifo é meu).

O que estou aqui nomeando de espelhamento se relaciona diretamente com o que Winnicott, na última citação, aponto pelo mesmo termo. No que se refere ao processo analítico, o exercício de espelhamento daquilo que o/a paciente apresenta é de especial importância porque se refere a uma função psíquica constitutiva: o olhar reflexo da mãe que permite ao bebê um lugar a partir do qual existir.

Existem algumas questões bastante sensíveis neste contexto. Conseguir de alguma forma notar quando e como realizar este olhar reflexo, por assim dizer, é algo da ordem da Dimensão Sensível e, portanto, o acesso a uma racionalização e objetivação destes meandros é desafiador. Na clínica, um menino de 6 anos me ajudou a pensar sobre esta questão.

Ele me foi encaminhado, segundo o discurso dos pais, por apresentar acessos de raiva constantes: costumava quebrar as coisas da casa; na escola, saía da sala aos berros; agredia sua professora e colegas da classe; proferia frequentemente palavrões e, sempre que sentia dificuldades em realizar alguma atividade ou sempre que perdia em jogos de competição, apresentava algum comportamento explosivo.

Quando comecei seus atendimentos descobri que ele também apresentava incontinência urinária à noite e descontrole dos esfíncteres, sujando-se com as próprias fezes. No consultório, ele apresentava um misto de vergonha e agitação. Parecia ter receio em olhar para mim e em estabelecer diálogos. Constantemente saía da sala e parecia fingir que não notava minha presença. Quando conseguíamos iniciar alguma brincadeira, ele sempre escolhia jogos de competição. Ao menor sinal de frustração (perder alguma jogada, ficar em segundo lugar durante a brincadeira, etc.), ele desistia do jogo ou se revoltava, chegando a trapacear, roubar peças ou tentar me atacar.

Em muito, suas manifestações se coadunavam em termos de uma dificuldade em “conter-se”, por assim dizer. Acessos de raiva, explosões e descontrole pareciam ser consequências automáticas a momentos de conflito. Era-lhe impossível dar conta de certos sentimentos e ideias, especialmente quando se referiam a questões de perda, limitações, frustração e vergonha.

Após certo tempo de tentativas de aproximação, notei que falar para ele o que parecia estar lhe perturbando significou a possibilidade de que ele próprio se “auto explicasse” e se “autocontrolasse”.

“Você acabou de ficar muito bravo pelo fato de eu ter lhe ultrapassado na corrida, por isso você decidiu jogar o carrinho em mim” – falas dessa ordem o ajudavam a “ver-se sendo visto” e isso parece ter sido importante para que, ao conseguir explicar para ele mesmo seus próprios sentimentos, ele não precisasse mais “estourar”, por assim dizer.

Espelhar é, portanto, diferente de interpretar. Por exemplo, ao falar “quando eu te ultrapasso na corrida, faço como seu pai, demonstro ser mais forte que você”, realizo um trabalho interpretativo, diferente de propor um espelhamento.

Inclusive, especialmente com pacientes adultos/as, anunciar que se está fazendo um espelhamento ao falar, por exemplo, “o que você me traz é sentido e pensado por mim de tal e qual maneira, isso faz algum sentido para você? ”, demonstrou-se salutar em minha clínica. O posicionamento subentendido a este tipo de fala tende a propiciar o que aqui situo como efeito-espelho: o/a paciente ser capaz de um olhar reflexivo sobre si mesmo/a.

Alguns dos perigos de um posicionamento distanciado dessa possibilidade são sensivelmente notados por Winnicott:

> O que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali. (...) Posso demonstrar minha proposição referindo o caso de um bebê cuja mãe reflete o próprio humor dela ou, pior ainda, a rigidez de suas próprias defesas. Em tal caso, o que é que o bebê vê? Naturalmente, nada se pode dizer sobre as ocasiões isoladas em que a mãe poderia não reagir. Muitos bebês, contudo, têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando. Eles olham e não veem a si mesmos. Há consequências. Primeiro, sua própria capacidade criativa começa a atrofiar-se e, de uma ou de outra maneira, procuram outros meios de obter algo de si mesmos de volta, a partir do ambiente. (...) Depois, o bebê se acostuma à ideia de que, quando olha, o que é visto é o rosto da mãe, portanto, não é um espelho. Assim, a percepção toma o lugar da apercepção, toma o lugar do que poderia ter sido o começo de uma troca significativa com o mundo, um processo de duas direções no qual o auto enriquecimento se alterna com a descoberta do significado no mundo das coisas vistas. (WINNICOTT, 1951-1971, p.155).

Fazendo referência à analogia rosto-espelho, temos que uma mãe que reflete excessivamente a si mesma no bebê – humor, medos, rigidez de defesas -, uma mãe que não consegue fazer-se de espelho, refletindo o bebê e não ela mesma, impõe algo de fora sobre esse bebê, algo como uma máscara. Invés de um espelho que refletiria seu próprio rosto, o bebê recebe impositivamente (pois não tem como se defender disso em data tão precoce) um rosto outro.

Obviamente, vale ressaltar, não parece ser possível algo da ordem de uma "pureza" nessa função de espelho. De alguma maneira, por perpassar a inteligibilidade da própria mãe, o que ela julga ver no bebê acaba dizendo muito dela. No entanto, é possível pensarmos em gradações de sensibilidade, nas quais a mãe encontra-se, em maior ou menor grau, saudável o suficiente para não realizar projeções excessivas.

Curiosamente, voltamos à primeira citação desta tese:

> Nos casos em que o analista, consciente ou inconscientemente, comporta-se como se acreditasse conhecer a vivência do paciente melhor do que ele mesmo, cessa de haver um reconhecimento da existência de duas pessoas na sala; só permanecem o analista e sua concepção da vivência do paciente. Isso quase representa uma repetição de uma experiência da primeira infância (do paciente e/ou do analista), em que a mãe inconscientemente vê no seu bebê apenas aspectos de si mesma que projeta nele. (OGDEN, 1994, p.152).

Propor pensar o manejo clínico em termos de espelhamento é, também, atentar para o fato de que nossa sensibilidade como analistas deve estar resguardada no sentido de auxiliar a evitar um excesso projetivo que torna o outro/paciente inexistente. Acreditar ser portador/a de uma verdade sobre o/a paciente é comportar-se como a mãe que não propicia um espelho para que o bebê se constitua a partir da sensação de haver contribuído na criação de si e do mundo.

Numa tal circunstância, em termos de desenvolvimento emocional primitivo, o mundo apresentado (imposto) ao bebê, e ele próprio, não são criações próprias – ele não pode se apropriar de si e do mundo. O rosto da mãe, sua tendência a projetar aspectos de si no bebê, é algo ao qual ele terá de moldar-se e, muitas vezes, a atitude de recusa (de alimento, de afeto, etc.) é um dos únicos lugares a partir do qual o bebê sustenta a sensação de "estar sendo ele próprio".

Outra situação possível é a de um bebê que tende à complacência como resposta a uma mãe excessivamente projetiva – ele se confunde a tal ponto com o

rosto que lhe foi imposto que a sensação de existir e de pertencer à própria vida lhe é inviabilizada. Num caso extremo, por tanto sentir que não existe, o suicídio pode se configurar na possibilidade de finalmente “realizar-se”. Tamanha é a gravidade dessa problemática que, em um trecho de poesia apresentado por uma paciente, isso talvez se faça um pouco mais claro: “Suicídio? Não adiantaria, eu continuaria morta”.

Outro exemplo recorrente na clínica e que exige do/a analista a capacidade de espelhamento é o de pacientes que anunciam uma problemática concernente à construção da confiança. São casos em que é comum a tendência à apresentação de ansiedades de aniquilação, tais como de fragmentação, queda sem-fim, perda das bordas e fronteiras do corpo, entre outras. São casos que exigem uma comunicação sobre o que temem – exatamente como um espelho que reflete e situa o paciente. Uma situação clínica relatada por Winnicott deixa isso claro:

> (...) e me deu [uma paciente de Winnicott] um indício útil sobre o papel do analista no tratamento de pacientes cujo medo é de desintegração. (...) Ele [o paciente] precisa de que o analista saiba e **lhes diga o que temem**. Eles mesmos o sabem o tempo todo, mas o ponto é que o analista deve saber dizê-lo. O paciente pode dizer e fazer coisas para despistar o analista, como teste adicional de sua habilidade de ver o ponto principal sem este lhe ser comunicado. (WINNICOTT, 1957-1963, p.208, o grifo é meu).

Ocorre algo da ordem de uma sensação de acolhimento e apaziguamento quando reconhecimentos são bem realizados na clínica. Isso que Winnicott situa, na última citação, de dizer ao/à paciente o que este/a teme significa ter em si (analista) uma sensibilidade suficiente para notar e devolver ao paciente o que ele apresenta.

Nos termos do desenvolvimento emocional infantil, o exercício de contar e recontar para a criança seu próprio dia se refere justamente ao que aqui está sendo designado por espelhamento. Trata-se de “arranjar” reflexivamente, num quadro ampliado, por assim dizer, suas próprias vivências. É um procedimento que guarda efeitos de circunscrição, de suporte e de delimitação que auxilia no encontro e percepção de si e da realidade:

> (...) até que todo esquema daquele dia esteja reintegrado a partir do exterior. A criança sabe tudo o que aconteceu, mas quer ser ajudada a ter consciência do conjunto. Isso lhe dá um sentimento bom e verdadeiro, ajudando-a a distinguir a realidade do sonho e das brincadeiras imaginativas. (...) A falta desse procedimento muito

> simples [recontar o dia, o passado, (re)apresentar o mundo à criança] implica grandes perdas para a criança carente. (WINNICOTT, 1958-1964, p.207).

A mãe/ambiente precisa apresentar o mundo em pequenas doses, tentando sentir o ritmo e o tempo do bebê. Na clínica isso não é diferente e cabe ao/à analista buscar estar sensível à flutuação peculiar a cada paciente para não ser excessivamente invasivo/a ou omisso/a, prejudicando e/ou atrasando assim, o processo de análise.

4.4 DISPONIBILIDADE E DEVOÇÃO.

A capacidade de "estar disponível" ao outro é mais uma faceta pertinente à Dimensão Sensível. Trata-se de uma condição a partir da qual o/a analista quer estar com o/a paciente. Por inúmeras razões o/a analista pode não estar disposto a atender aquele/a paciente, naquele momento, naquela circunstância e/ou naquele dia. É preciso uma lucidez suficiente e sinceridade consigo mesmo/a para, como analista, notar até que ponto tal ou qual atendimento, paciente e/ou situação é ou não propícia a ser sustentada a partir da disponibilidade e da predisposição em estar presente no espaço entre analista/analisante.

A questão da disponibilidade e devoção diz da qualidade da presença do/a analista no estar-com[39] o/a paciente. Este ponto elucida que, para além da presença física, existem outros fatores que permeiam a relação. Fatores que, talvez pelo fato de não serem facilmente objetivados, podem não obter uma atenção necessária.

Para explicar melhor do que se trata essa faceta da Dimensão Sensível, é válido recorrer ao desenvolvimento emocional primitivo. Assim como um bebê precisa de uma mãe/ambiente que lhe ofereça cuidados, para além das questões físicas (amamentação, calor, sustentação, higiene, etc.), o/a paciente precisa de algo além da presença física do/a analista:

[39] O "estar-com" se refere ao que será discutido no tópico 4.6, que discorre sobre a empatia (Ver página 114).

> A mãe deve estar disponível para sustentar a situação no tempo. Não basta que ela esteja fisicamente disponível: é preciso que ela esteja pessoalmente bem, a ponto de manter uma atitude consistente durante um período de tempo, e ser capaz de sobreviver ao dia e aos conjuntos de dias chamados semanas e meses, permitindo que a criança experimente repetidamente as ansiedades ligadas aos impulsos instintivos, e a elaboração em seguida às experiências, e a retomada da relação com a mãe após os períodos de elaboração. Os bebês podem sobreviver mesmo que ninguém desempenhe esse papel, mas eles sobreviverão com alguma coisa faltando em seu desenvolvimento emocional, algo de importância vital, resultando numa intranquilidade e numa falta de capacidade para o brincar construtivo, sofrendo mais cedo ou mais tarde uma inaptidão para o trabalho, um resultado insatisfatório tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. (WINNICOTT, 1954-1971, p.176).

Na clínica, uma paciente muito sensível a essa questão da qualidade da presença do outro/analista me demonstrou a importância dessa problemática. Ela, uma mulher de 27 anos, estava presa na dúvida sobre sua capacidade em ser ou não estimada pelas pessoas que lhe eram caras. Quando criança, desafiava constantemente sua mãe como para testar se ela de fato sentiria sua falta e se preocuparia com seu paradeiro caso ela, a paciente, sofresse algum acidente ou sumisse.

Foi preciso demonstrar para ela que, sinceramente, me aprazia atendê-la. De fato, em geral, era agradável estar-com ela. Por mais que minha disponibilidade de atenção e presença pudesse oscilar, pois se trata mesmo de um ponto oscilante em maior ou menor grau, com ela existia certa estabilidade neste campo. De qualquer modo, esta paciente não confiava na fidedignidade de minha disponibilidade. Era alguém que me exigia diretamente uma sinceridade sobre isso e que tendia a não acreditar na possibilidade de alguém querer sua companhia.

Notei ser necessária a maior clareza possível e alguma manobra que a auxiliasse em se libertar um pouco dessa desconfiança. Propus-lhe, então, uma frequência maior de atendimentos, pelo período que fosse preciso, e deixando em suspenso dificuldades financeiras que inviabilizariam o aumento do número semanal de sessões.

Assim, o dinheiro tornara-se um ponto de amarração perigoso: em seu ponto de vista, eu não estava ali por ela, estava por dinheiro. Houve um uso complexo da questão do dinheiro neste caso. Uma relação viabilizada por uma negociação monetária reiterava e repetia a forma como ela parecia sentir sua existência –

“sendo apenas eu, sem nada para dar em troca, não há razão para qualquer pessoa desejar minha presença”. Foi também necessário elucidar que, sim, me era indispensável receber pelo meu trabalho, mas isso não significava a totalidade das questões em jogo. Precisei ser muito cautelosa com essa tendência de uma relação monetária potencializar sua compulsão à repetição.

Existia, pois, um arranjo e uma amarração perigosa em jogo e que exigiu muito de mim, em termos de manejo, para ser o mais objetiva e sincera possível. O tempo todo ela parecia adivinhar e sentir minha oscilação com relação a essa questão da disponibilidade. Nesse sentido, eu facilmente poderia cair numa tendência a idealizar o lugar do/a analista, acreditando poder alcançar algo como um estar sempre disponível. O que permitiu, neste caso, alguma virada possível na especificidade dessa problemática foi evitar me identificar com esse/a analista ideal e ser o mais direta e objetiva possível no reconhecimento de minha oscilação em termos de disposição em estar ali.

Para além do fato de evitar a sedução desse lugar de completude de um/a analista ideal sempre disponível ou que não frustra o/a paciente – perigos implicados na particularidade deste caso – reconhecer minhas próprias limitações de uma maneira direta foi libertador. Quando lhe ofereci mais um horário na semana, deixando em suspenso qualquer fator monetário que impedisse tal oferta, o fiz com o objetivo de abrir um espaço para lhe demonstrar que escutei o pedido de socorro subentendido na impossibilidade que ela apresentava de vivenciar a experiência de estar-com. Esclareci a ela que ponderei em mim esta oferta e que, caso a sentisse como prejudicial, não disponibilizaria mais um horário.

Ocorreu que ela, num primeiro momento, achou que eu fizera algo como um “blefe” e que não estava de fato disposta a lhe oferecer mais tempo. Foi preciso apenas duas semanas de “teste” da minha disponibilidade para que ela começasse a notar a repetição ocorrendo na relação que estava estabelecendo comigo. Em pouco tempo ela começou a conseguir falar sobre o quanto percebia a si mesma e ao mundo de uma forma muito tendenciosa, quase sem dúvidas quanto a achar-se indesejável.

Houve, após esse momento em seus atendimentos, certo apaziguamento em termos de desconfiar da minha disponibilidade. Como consequência, ele apresentou-se mais segura em abrir-se na análise, em apostar no processo.

Esta experiência clínica me remeteu sobremaneira aos apontamentos winnicottianos acerca da capacidade de devoção necessária a uma boa suficiência ambiental.

> Parece-me razoavelmente óbvio que aquilo de que o bebê necessita é, antes de mais nada, da capacidade da mãe de dispensar atenção plena. Introduzi a palavra devoção sob risco, porque existem pessoas que associam essa palavra a sentimentalismo. (...) O oposto da devoção é a carência da devoção, ou a incapacidade da mãe de se devotar por algumas semanas a essa função especial. (WINNICOTT, carta ao Observer, de 12 de outubro de 1964 [1896-1971], p.75).

Devoção parece se relacionar com a qualidade da atenção e presença da mãe, em termos de desenvolvimento emocional primitivo e do/a analista em termos de manejo clínico. A ideia de uma “atenção plena”, acima referida por Winnicott, evoca outra situação clínica: uma paciente relatara, certa vez, que quando criança não conseguia ler e respirar ao mesmo tempo. Sua leitura era muito sensível a qualquer barulho, movimento, oscilação de luz, enfim, quaisquer fatores externos ao ler, incluindo aí sua própria respiração. Tal a radicalidade da situação.

O tempo todo ela passava por parágrafos e páginas sem haver efetivamente lido e assimilado algo. Qual era mesmo o conteúdo do parágrafo que acabara de ler? Sua mente vagava pelas mais diversas coisas, era difícil prender-se à leitura.

Essa situação evoca a questão do foco e desvio de atenção e interesse em tal e qual coisa e/ou pessoa. Se “É possível que o traço predominante na mãe suficientemente boa] seja uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu próprio self para o bebê. ” (Winnicott, 1958-1964, p. 21), como se constitui uma vontade tal e uma capacidade tal?

> Basta estarmos sempre presentes, e sermos coerentemente iguais a nós mesmos, para proporcionarmos uma estabilidade que não é rígida, mas viva e humana, com a qual o bebê já pode sentir-se seguro. É em relação a isso que o bebê cresce, e é isso que ele absorve e copia. (WINNICOTT, 1958-1964, p.45).

Winnicott é paradoxalmente complexo e singelo em sua designação – ser coerentemente iguais a nós mesmos/as? Parece algo de fácil compreensão, contudo a ambivalência nas relações, a oscilação em termos de disposição em desviar a atenção e a dificuldade em ter clareza e sinceridade consigo mesmo e com o outro

nesse campo da disponibilidade aumentam sobremaneira a complexidade da questão.

Em suma, no que tange à clínica, o que faz um/a analista ser capaz - e querer - olhar, escutar, atentar, se preocupar com o outro/paciente? A referência ao desenvolvimento da capacidade de *concern* (preocupação), outra faceta da Dimensão Sensível, auxilia a avançar na reflexão.

4.5 PREOCUPAÇÃO/*CONCERN*.

Winnicott propõe o que em sua obra é nomeado de passagem do *ruthless* ao *concern*. Em linhas gerais, tal passagem significa o desenvolvimento da capacidade de consideração – do outro, de si mesmo, do mundo, da realidade, etc. O bebê humano não nasce com esta capacidade já formada, ela tem antes de ser desenvolvida.

Esse ponto nos interessa na medida em que a capacidade de preocupação é um fator pertinente à Dimensão Sensível. Fator este que designa, do lado do/a analista, uma advertência quanto ao potencial projetivo implícito na relação com o/a paciente. Preocupar-se com o outro diz também da possibilidade de desviar o foco de si mesmo/a para o/a paciente e de, ao menos, desconfiar das próprias interpretações e concepções acerca de cada caso, sendo cuidadoso/a para evitar ver apenas a si mesmo/a no/a paciente, prejudicando a experiência do “entre”.

Ao ser sincero/a, conseguir admitir para si (e, quando preciso, para o/a paciente) e responsabilizar-se por possíveis aspectos destrutivos despontados na relação, o/a analista opera a partir de um estado já maturado em termos de desenvolvimento da capacidade de *concern*. Situação que facilita, por sua vez, a ampliação da possibilidade de consideração (de si, do outro, da realidade) por parte do/a paciente.

Seguindo o percurso de Winnicott, a referência ao conceito de “posição depressiva”, de Melanie Klein, foi uma das fontes do autor para pensar a passagem do *ruthless* ao *concern* no que se refere ao desenvolvimento emocional primitivo:

> Klein (de acordo com meu ponto de vista) não afirmou que os bebês normais entram num estado clínico de humor depressivo, ainda que ela soubesse que na doença eles podem vir a fazê-lo. Ela afirmou que a capacidade de se deprimir, de apresentar uma depressão reativa, de sofrer um luto por uma perda não é inata, nem constitui uma doença; é alcançada como uma conquista do crescimento emocional saudável, e existe um momento no desenvolvimento de cada bebê saudável em que é possível dizer que esta capacidade ainda não foi alcançada. O nome "posição depressiva no desenvolvimento emocional" foi dado a este estágio do desenvolvimento, e se for encontrado um nome melhor, é perfeitamente legítimo utilizá-lo. O importante é a capacidade do bebê ou do indivíduo de aceitar a responsabilidade pela intenção destrutiva no impulso amoroso total, incluindo a raiva pela frustração, que é inevitável por causa das exigências infantis onipotentes. (WINNICOTT, 1954-1971, p.106).

Aceitar a responsabilidade pela intenção destrutiva. Chamo aqui a atenção para uma relação entre sinceridade e preocupação:

> A característica marcante dessa teoria do círculo benigno na posição depressiva é a de que ela comporta em seu interior o fato de que na saúde, o indivíduo em desenvolvimento é capaz de um reconhecimento quase pleno dos fatores agressivos e destrutivos presentes no amor instintivo e das fantasias inerentes a eles. (WINNICOTT, 1954-1971, p.92).

O que Winnicott sustenta em sua obra é que o desenvolvimento da capacidade de *concern* está diretamente ligado ao reconhecimento e responsabilização por aspectos conflitivos devido à ambivalência amor/ódio referente a um mesmo objeto. Vê-se que estamos falando de um indivíduo que já se percebe como uma unidade e que, percebendo também a mãe como uma unidade, tem de dar-se conta de que o objeto gerador de ódio (quando da ausência da mãe, por exemplo) é o mesmo gerador de amor (quando da presença da mãe, por exemplo). Deste modo, se expande a complexidade da relação mãe-bebê e novos desafios decorrentes da questão da ambivalência podem se estabelecer.

Este estádio do desenvolvimento emocional envolve o bebê com sentimentos de culpa em razão de ataques feitos ao objeto, decorrentes de avidez excitatória (a exemplo de uma não-consideração/*ruthless* com o seio materno no momento da alimentação – fato que pode ser significado pela mãe e que poderá vir a ser significado pelo bebê como desconsideração e descuido) e de raiva resultante da frustração (demora em lhe dar colo, por exemplo). São ataques que, só então, quando da noção de que a mãe é uma pessoa, uma unidade, podem ser percebidos

como ataques. O que havia antes era uma não-percepção da faceta violenta, por assim dizer, de dada ação feita ao objeto/mãe e, com a possibilidade de percebê-la como uma unidade, o bebê pode então dar-se conta de que, muitas vezes (em sua avidez e/ou não-consideração) “machuca” o outro – fato que pode gerar uma busca por “cuidar” do outro.

É a possibilidade de sentir remorso e de reparar o dano causado ao objeto que abre caminho para que a culpa resultante da ação destrutiva possa se reverter em responsabilização e proteção do outro/mãe. O bebê pode, então, subentendido a uma fantasia de destruição do objeto, preocupar-se e cuidar do objeto. O que, novamente, evoca um postulado winnicottiano já aqui abordado: “Por trás de todo jogo trabalho e arte está o remorso inconsciente pelo dano causado na fantasia inconsciente, e um desejo inconsciente de começar a corrigir as coisas. ” (Winnicott, 1939-1970, p.101)

Para além dessa questão do desenvolvimento da capacidade de *concern*, referente ao desenvolvimento emocional primitivo, penso a clínica também no sentido de possibilitar uma ampliação dessa capacidade, uma vez que parece haver aí gradações em termos da amplitude. Temos, por exemplo, a partir dos muitos mecanismos de defesa que levam dado indivíduo a sofrer por não conseguir admitir conscientemente certos conteúdos, uma desconsideração de partes da realidade.

Quando meu paciente (citado na Parte I deste trabalho) não conseguia notar que “me atropelava[40]” ao não cumprir nossos acordos financeiros – mesmo que supostamente, na sua concepção, fosse um ”bom” descumprimento de acordo ao pagar a mais, e não a menos – uma parte da realidade não estava sendo notada por ele. Uma parte que resultava e que era sentida por mim como um ataque à relação, pois significava imposição, controle e uma não percepção do outro/analista.

Paradoxalmente, em diversas ocasiões e relatos, ele apresentava profundo pesar ao não ser visto ou lembrado e/ou ao ser ignorado ou rejeitado. Ele realizava ativamente a dor e o sofrimento que evitava viver passivamente. Tal era uma das partes da realidade ignorada, fonte da continuidade de seu sofrimento – essa forma de se impor, atropelando e objetivando controle sobre os outros, o tornara solitário, com poucos amigos/as e sérias complicações no campo amoroso que o levaram a perdas significativas.

---

[40] Ver página 25.

Foram alguns anos de análise e uma separação amorosa bastante dolorosa para que ele começasse a escutar mais o outro, renunciando, aos poucos, ao lugar de verdade que sua forma de interpretar o mundo e as relações havia assumido. Somente com isso ele pode começar a ceder à certeza de que fazia um “bem”, quando de fato eu sentia sua ação como um “mal”.

Esta situação clínica apresenta isso que situei como a possibilidade de pensar a questão da capacidade de *concern* não apenas em termos de seu desenvolvimento, mas de uma ampliação contínua. Ampliação que condiz com tornar consciente conteúdos antes inconscientes, quer estes conteúdos tenham sido barrados à consciência via mecanismos de defesa (tendo algum dia, de alguma forma, já tido acesso à consciência) ou quer sejam conteúdos nunca antes acessados conscientemente. O que não significa, vale advertir, imaginar que existe um ponto no qual uma pessoa pode estar total e completamente consciente de si, do outro e da realidade.

Em suma, trata-se de desenvolver, manter e buscar ampliar uma abertura que viabilize a consideração, ponderação e relativização das mais diversas facetas pertinentes a tal e qual pessoa, situação, objeto, etc. Evita-se, assim, descuidos e desconsiderações excessivas decorrentes de posicionamentos e interpretações de mundo muito enrijecidas. Evita-se, do lugar do/a analista, excessos de surdez e de cegueira que silenciam e invisibilizam o/a paciente, tornando a clínica um espaço no qual só existe uma pessoa: o/a analista e sua concepção do que é o/a paciente.

Trata-se, por assim dizer, de uma posição modesta por parte do/a analista, reconhecendo-se, assim, sua fabilidade:

> A modéstia do analista não é, portanto, uma atitude aprendida, mas a expressão da aceitação dos limites do nosso saber. Assinale-se, aliás, que talvez seja esse o ponto onde, com a ajuda da alavanca psicanalítica, começa a realizar-se a mudança na anterior atitude do médico. Compare-se a nossa regra de “**sentir com**” à presunção com que o médico onisciente e onipotente tinha até agora o hábito de enfrentar o paciente. É evidente que não penso que o analista deva ser mais do que modesto; ele tem todo o direito de esperar que a interpretação apoiada na experiência se confirme mais cedo ou mais tarde, na grande maioria dos casos, e que o paciente ceda à acumulação de provas. Mas, em todo caso, é preciso aguardar pacientemente que o doente tome a decisão; toda a impaciência por parte do médico custa ao doente tempo e dinheiro, e ao médico uma quantidade de trabalho que teria perfeitamente podido evitar. (FERENCZI, 1928a [1927-1933], p.37, o grifo é meu).

Respeito ao ritmo próprio do/a paciente e saber-se faltante (em contraste com a ideia de um/a analista onisciente e/ou onipresente), ambos pontos evocados na última citação, são condições a partir das quais se propicia e se amplia a capacidade de *concern* do/a analista e se facilita a promoção e ampliação da capacidade de *concern* do/a paciente.

Com isso, dialogando com uma construção de Ferenczi, abre-se caminho para outro ponto incidente na Dimensão Sensível: o sentir-com (*Einfühlung*). Ponto também referido tradicionalmente pelo termo “empatia”.

4.6 EMPATIA.

O termo *Einfühlung*, do alemão, é geralmente traduzido, para o português, por “empatia”. No entanto, verificamos na obra ferencziana a possibilidade de traduzi-lo por “tato”, “sentir-com” e “estar-com”. Como já referido na Parte II deste trabalho, esse termo é bastante importante na argumentação de Ferenczi, especialmente para pensar o manejo clínico e a problemática da “neutralidade” do/a analista.

Concebendo que perpassa a capacidade empática do/a analista todas as facetas acima expostas, que incidem e/ou permeiam a Dimensão Sensível, retomemos a descrição desse termo, já anteriormente citada:

> Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de 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. Como se vê, com a palavra “tato” somente consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é o tato? A resposta a esta pergunta não nos é difícil. O tato é a faculdade de “sentir com” (Einfühlung). Se, com a ajuda de 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 do paciente, 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. Permanecendo ao mesmo tempo e a todo momento atentos à força da resistência, não nos será

> difícil decidir sobre a oportunidade de uma comunicação e a forma de que deve revestir-se. Esse sentimento nos impedirá de estimular a resistência do paciente, de maneira inútil e intempestiva; por certo não é dado à psicanálise poupar o paciente de todo sofrimento; com efeito aprender a suportar um sofrimento constitui um dos resultados principais da análise. Entretanto, uma pressão a esse respeito, se for desprovida de tato, fornecerá apenas ao paciente a oportunidade, ardentemente desejada pelo inconsciente, de subtrair-se à nossa influencia. (FERENCZI, 1928ª [1927-1933], p.31).

Nesse “sentir com”, acima referenciado, Ferenczi discorre, não sem dificuldades, sobre um aspecto inerente à relação analista/analisante. Um aspecto que se refere mais a questões ligadas ao campo dos afetos, sentimentos e sensações, que do raciocínio, da lógica e das ideias.

Sentir quando, como e de que forma uma comunicação deve ser apresentada ao/à paciente; notar o efeito das próprias ações e reações numa perspectiva dialética com as ações e reações do/a paciente; perceber o ritmo associativo do/a paciente e respeitá-lo; perceber, na medida do possível, quando, como e qual a razão ao efetuar cortes - todos estes são pontos que se referem à sensibilidade do/a analista e ao manejo clínico.

Percebe-se que tato e empatia se referem, sob certo ângulo à possibilidade de ser não somente sensível ao outro e a si mesmo/a, mas de ser cuidadoso/a. Diz de algo como ser delicado/a, porém sem deixar de ser firme, pois, como Ferenczi bem lembra, notar o lugar de importância da questão da empatia e do tato para o tratamento não quer dizer poupar o/a paciente de todo e qualquer sofrimento. Refere-se mais a evitar sofrimentos inúteis e prejudiciais à própria continuidade e efetividade do tratamento, sendo esta uma postura que, ironicamente, facilitará ao/à paciente um maior enfrentamento, por assim dizer, dos próprios sofrimentos.

Muitos foram os momentos em que, na clínica, minha capacidade empática foi desafiada. A singularidade de cada caso me fez perceber o quanto esta capacidade depende da (contra)transferência, pois, num certo sentido, empatia se correlaciona com conseguir, a partir de si, pressupor como um outro sente e padece. Tal parece se aproximar muito da questão da identificação, aliás. Se pressupomos no outro um sentimento e/ou dor a partir de nosso próprio “filtro interpretativo”, é como se ao tentarmos deduzir compassivamente o que o outro sente, apenas percebêssemos a nós mesmos, na nossa forma de pensar o outro. Contudo, em algum sentido, e mesmo que perpasse a questão da identificação (consciente e/ou inconsciente), a

empatia, na proposição aqui realizada, aponta para um exercício de dedução compassiva e solidária dos sentimentos e dores de um outro, resguardando (neste caso, conscientemente) a noção de que o erro e o engodo permeiam inevitavelmente qualquer interpretação da vivência alheia.

Winnicott (1963) nos lembra a imagem de uma mãe que, ao banhar seu bebê, testa a temperatura da água com o cotovelo. Essa cena é fecunda, evidencia uma ação ativa em termos de a mãe buscar, pela via do cuidado – que nesta cena também significa empatia e identificação consciente com o bebê - deduzir como facilitar um ambiente acolhedor a esse outro/bebê. Nesta cena, a mãe tenta um "colocar-se consciente e conscienciosamente no lugar do bebê". Em outros termos, penso haver uma paradoxal aproximação e distinção entre empatia e identificação, sendo que a empatia se direciona mais a uma identificação consciente, diferente de uma identificação inconsciente, que se direciona mais à projeção.

Assim, a capacidade de ser empático/a se correlaciona, no que até o presente pude observar e viver em minha clínica, com uma posição de "quebra hierárquica", por assim dizer. Posição que se refere a estar com o/a paciente lembrando que ali, à nossa frente, está um ser que, a partir de sua singularidade, compartilha conosco uma experiência em comum: ser humano. Isso significa que - embora não sob todos os ângulos, mas, certamente, sob alguns - não há separação, nem hierarquia entre analista/analisante. Há mutualidade. Mutualidade evidenciada na área de afetação mútua, no espaço "entre" e na Dimensão Sensível, e, também, mutualidade que deve ser eticamente resguardada, no sentido do/a analista ter o cuidado suficiente para não enveredar por usos e abusos de poder.

Nesse sentido, reafirma-se, não é possível pensar a clínica desconsiderando que o outro/paciente compartilha conosco, analistas, uma mesma comunidade de destino. Aliás, é exatamente na consideração de que somos/estamos em "comunidade de destino" que vislumbro uma articulação rica com a conceituação de "empatia" em Ferenczi. Lembremos, uma vez mais, duas citações aqui já apresentadas de Kupermann (2008) e Safra (2004):

> (...) disponibilizando-se [o/a analista] de modo sensível à experiência de afetação mútua capaz de acolher o outro em sua diferença, intercedendo efetivamente em seu abandono. Dessa maneira, pode-se vislumbrar o estabelecimento amparador de uma "comunidade de destino" entre os parceiros da análise, como o que ocorre entre órfãos que se compreendem e se tranquilizam, o que viabilizaria para

> cada um, finalmente, o exercício pleno do estar só criador. (KUPERMANN, 2008, p.123).

E,

> Na situação clínica, estamos em comunidade de destino com alguém quando nos posicionamos solidariamente com nosso paciente frente às grandes questões existenciais peculiares ao destino humano: a instabilidade, a necessidade do outro, a ignorância frente ao futuro, o sofrimento decorrente do viver, a incompletude da condição humana, a solidão essencial, a mortalidade, entre outras. Comunidade é nossa condição originária. (SAFRA, 2004, p.73).

Há algo da ordem de um compartilhar implícito nessa sobreposição que proponho entre os termos “empatia” e “comunidade de destino”. Penso que ambos os termos se direcionam a pensar certas condições de base para o devir humano. A figura emblemática de dois órfãos, proposta por Kupermann (2008) nos ajuda a pensar a situação clínica por esse viés, o viés de dois seres que comungam e se familiarizam em seu desamparado.

Ao retomarmos alguns aspectos, acima anunciados, sobre o desenvolvimento da capacidade de concern, também podemos arriscar uma relação direta com essa questão da empatia, avançando na compreensão desta faceta pertinente à Dimensão Sensível.

Nesse sentido, é a responsabilização pelos aspectos destrutivos de impulsos e fantasias, relacionada com a capacidade de consideração do outro/ambiente/mãe/objeto, que diz da possibilidade de haver ou não empatia e envolvimento pela própria existência e pela existência alheia.

> O **envolvimento** refere-se ao fato de o indivíduo preocupar-se ou importar-se, e tanto sentir como aceitar responsabilidade. (...) a capacidade de envolvimento está por trás de todo trabalho e brincar construtivos. Está ligado à existência normal e saudável, e merece atenção do psicanalista. (WINNICOTT, 1939-1970, p.111, o grifo é meu).

Noto, também, uma ligação importante entre a concepção de “envolvimento”, abordada nesta última citação de Winnicott e a questão da empatia. Aqui, outro fator acima descrito pode ampliar a amarração – o espelhamento. O/a analista, ao conseguir verbalizar a dor do/a paciente, evidenciando que compartilha, em alguma medida, tal dor – o que também significa comunidade de destino - vivencia com o/a

paciente um “sentir-com”. Tal manejo possibilita a sensação de pertencimento e confiança.

Uma citação bastante rica, advinda do Diário Clínico (1933) de Ferenczi, fala de uma forma surpreendentemente direta sobre todos os aspectos aqui referidos para pensarmos a empatia:

> [Certas vezes uma análise representa] a renúncia completa a todo constrangimento e a toda autoridade; a impressão que se tem é a de duas crianças igualmente assustadas que trocam suas experiências, que, em consequência de um mesmo destino se compreendem e buscam instintivamente tranquilizar-se. A consciência dessa **comunidade de destino** faz com que os parceiros se apresentem como perfeitamente inofensivos, e em quem, portanto, se pode confiar com toda tranquilidade. (FERENCZI, 1933, p.91, o grifo é meu).

Penso que a representação sobre a situação analítica, entre analista/analisante, ser de “duas crianças” é fértil também por nos ajudar a não negar efeitos psíquicos operando a partir das peculiaridades da situação psíquica infantil. Se o dinamismo psíquico guarda, tanto do “lado” do/a paciente, quando do “lado” do/a analista, um passado se fazendo presente, ambos/as, analista e analisante, são, a partir da perspectiva do dinamismo psíquico, em alguma dimensão, duas crianças compartilhando uma experiência e (des)construindo formas de ser e estar num espaço de afetação mútua. Ao que tudo indica, essa dimensão, dimensão que se refere ao infantil, à sugestionabilidade, à mutualidade, é a Dimensão Sensível aqui estudada.

Eis que chegamos, pois, à questão do brincar.

4.7 BRINCAR COMPARTILHADO.

Uma importante contribuição que Winnicott faz em sua obra e que se refere à sua concepção de “espaço potencial” é apontar a implicação do brincar, diretamente relacionado a essa terceira área (o espaço “entre”). Como essa área intermediária constitui a possibilidade de “experienciar” a vida, vê-se uma expressão dessa

possibilidade no que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo, ao trabalho científico e, subentendido a essas expressões, ao brincar.

Se brincar é fazer para controlar o que está fora, temos que fazer coisas para além do desejar e do pensar e Winnicott nota no brincar o exercício desse fazer:

> Há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais. O brincar implica **confiança** e pertence ao espaço potencial existente entre o (que era a princípio) bebê e figura materna, com o bebê num estado de dependência quase absoluta e a função adaptativa da figura materna tida como certa pelo bebê. (...) É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação. (WINNICOTT, 1951-1971, p.79, o grifo é meu).

O fruir da liberdade de criação demonstra a importância do brincar apontada por Winnicott. A experiência criativa, segundo o autor, é manifestada no viver criativo expresso na brincadeira. Deste modo, considerando que o lugar em que a experiência cultural se localiza está no espaço potencial, e sendo que o mesmo pode se dizer do brincar, constata-se que não só a experiência cultural é um derivado da brincadeira, como a própria condição de ser/estar em comunidade de destino é vivenciada/experimentada nesse “entre”.

Viver criativo e a possibilidade de sentir que a vida merece ser vivida dizem respeito a algo como uma “valoração da vida” e à capacidade de sentir esperança – sentimento este que, por sua vez, se relaciona com acreditar que a realidade apresentada, em alguma medida, iguala-se à realidade criada. Nessa conjunção entre “interno/externo”, entre objeto subjetivamente concebido e objetivamente percebido, está o brincar.

Retomando alguns aspectos que se referem ao brincar e o desenvolvimento emocional primitivo, é importante lembrar que, caso tenha se construído uma relação de confiança e fidedignidade suficientemente boa entre o bebê e a mãe, se abre espaço para que as falhas ambientais operem sua consequência positiva de encontro com a realidade/alteridade. Exatamente no espaço em que a provisão ambiental falha, na medida do aceitável pelas capacidades do bebê, há a possibilidade de um “preenchimento” desse espaço pela fruição do brincar criativo:

> No primeiro caso, a adaptação da mãe é suficientemente boa e como consequência o lactente começa a acreditar na realidade externa que surge e se comporta como por mágica (por causa da adaptação relativamente bem-sucedida da mãe aos gestos e necessidades do lactente); a mãe começa gradualmente a renunciar à onipotência. O self verdadeiro tem espontaneidade, e isso coincide com os acontecimentos do mundo. O lactente pode agora gozar a ilusão do onipotente criando e controlando, e pode então gradativamente vir a reconhecer o elemento ilusório, o fato de brincar e imaginar. Isto é a base do símbolo que de início é, ao mesmo tempo, espontaneidade e alucinação, e também, o objeto externo criado e finalmente catexizado. (WINNICOTT, 1957-1963, p.133).

Brincar e espaço potencial guardam, pois, uma relação salutar ao devir humano. No que se dirige ao escopo deste trabalho, essa concepção winnicottiana acerca do brincar parecer ser fundamental para pensarmos a facilitação e vivência do “entre” (especialmente no que se refere ao ser/estar em comunidade de destino). Vejamos novamente a seguinte citação:

> É com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem. Não somos mais introvertidos ou extrovertidos. Experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária **entre** a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos. (WINNICOTT, 1951-1971, p.93, o grifo é meu).

Se é com base no brincar que se constrói a totalidade da existência experiencial do ser humano, o brincar é, pois, entre outras coisas, a própria possibilidade de viver o “entre”. Temos aqui um encadeamento importante: “entre” – brincar – vivência/experiência da realidade/alteridade – comunidade de destino. Tentando uma articulação discursiva deste encadeamento, pode-se dizer que é no espaço “entre” analista/analisante que pode ocorrer um estar-com e sentir-com (empatia), sabendo-se, tanto o/a analista, como o/a analisante, em desamparo, irmanados/as a partir da condição humana que é ser em desamparo e, portanto, também, em comunidade de destino.

Em outras palavras, quando o outro/paciente é visto e sentido por mim/analista como alguém igual a mim, no sentido de ser em desamparo, o que ocorre é a clareza dos efeitos do estar-com: mutualidade de criação das formas

pelas quais analista/analisante, em suas singularidades, descobrem, constroem e desconstroem a relação.

Dessa forma, ratifica-se aqui que o fruir da criatividade não pode ser pensado em termos de um “indivíduo insolado”, muito menos a clínica pode ser pensada em termos de um/a “analista neutro/a” que reflita suas e seus pacientes como sozinhas/os no *setting*. Pensar a clínica pela via do brincar tem o sentido de uma aposta e contemplação, por assim dizer, no e do encontro sensível entre analista/analisante, considerando e fazendo uso dessa área de afetação mútua e sustentando, com isso, a abertura ao devir e a emergência de processos criativos. Um/a analista sensível facilita, portanto, a apreensão criativa do/a paciente das vivencias experimentadas no espaço entre analista/analisante.

Para Winnicott, a análise se efetua, aliás, na sobreposição mesma das duas áreas do brincar, a do/a paciente e a do/a analista: “A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é.” (Winnicott, 1951-1971, p.59).

Ou seja, antes de qualquer outro trabalho na análise, trata-se de um brincar compartilhado. Onde ele não é possível, é preciso desenvolvê-lo: “O Brincar, por suas características, cura a criança e o homem. Independente das interpretações que o analista pode fazer frente ao jogo, ele por si mesmo promove a transformação e a cura” (Winnicott, 1951-71).

Quando Ferenczi (1927-33) sublinha a pertinência do/a analista conseguir, antes, *falar **com** a criança* do/a paciente (adulto ou não), do que ***sobre** a criança* do/a paciente (adulto ou não) e quando Winnicott se preocupa com a possibilidade do brincar, além do conteúdo da brincadeira, ambos se direcionam a uma problemática específica atinente ao manejo clínico: estar-com o outro/paciente se dá pela via do brincar compartilhado.

Há uma cena paradigmática aí subentendida: a criança do/a analista brincando com a criança do/a paciente. Ou seja, tanto para Ferenczi, como para Winnicott, o brincar na clínica é um brincar entre duas crianças. O que se constata é que uma vez mais reflexões sobre a clínica levam a pensar o devir humano pelo vértice da criatividade e em comunidade de destino.

Reluz disso uma advertência ética: o/a analista não pode e não deve prescindir da própria sensibilidade ao (para) estar-com o/a paciente, o que significa a impossibilidade de ignorar a Dimensão Sensível da clínica, bem como os fatores que dela e nela incidem e/ou advêm.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que uma análise se torne uma ***experiência***, seja sentida como real, tendo consequências e efeitos de (re)arranjo no circuito sintomático de dado/a paciente, não há outra saída ao/à analista (e ao/à paciente) que a entrega, o estar sensivelmente presente no aqui-agora com o outro. Trata-se de mutualidade, de afetar e ser afetado/a pelo outro. Diz, também, da situação de o/a analista estar sinceramente interessado/a nesse outro/paciente. Empaticamente disponível. Sem armas, amarras e proteções de um saber a priori ou de qualquer outra posição que implique um lugar de poder e/ou de verdade sobre o outro/paciente. Para ser uma experiência, é preciso que o/a paciente seja "tocado/a" e deixe-se "tocar" pelo processo analítico. Isso não ocorre sem o reconhecimento de uma área de afetação mútua entre analista/analisante, sem o questionamento do princípio de abstinência e da suposta neutralidade do/a analista e sem que se constate a impossibilidade de uma relação asséptica entre analista/analisante.

Quando faço essa referência à experiência, contemplo a concepção winnicottiana de que a existência experiencial do humano ocorre no espaço potencial, na área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos. Incide nesta questão que, para trazer à consciência conteúdos recalcados, para o sentimento de convicção e vivência do que se (des)constrói numa análise, para que aconteça um efetivo (re)arranjo na economia psíquica do/a paciente e para a emergência de processos criativos, é no espaço "entre" analista/analisante que essas possibilidades se viabilizam. Um espaço que diz não apenas da transferência, mas da contratransferência, naquilo que faz da sensibilidade do/a analista algo inegociável para a ocorrência do encontro do/a paciente consigo mesmo, com a realidade e com o outro. Encontro com a alteridade – **ponte** entre o subjetivamente concebido e o objetivamente percebido.

Ignorar o "entre" seria o mesmo que supor que numa análise é apenas o/a paciente (e, paradoxalmente, apenas o/a analista e seu julgamento sobre o que é o outro/paciente) que realiza o processo – ou melhor, que não realiza processo algum, pois, assim, paciente e analista estão como que "absolutamente sós" e, como Winnicott bem nos adverte, é impossível SER sem a presença de alguém. Assim,

em suma, ao longo de meu percurso clínico e acadêmico (e até o presente), notei que ao considerar o “entre”, consequentemente é preciso considerar a pertinência da mutualidade da afetação entre analista/analisante. Por consequência, inúmeros fatores incidentes, pertinentes e/ou decorrentes do manejo tornaram-se mais claros: a conquista da confiança; sinceridade; espelhamento; disponibilidade/devoção; preocupação/*concern*; empatia; e brincar compartilhado.

A partir de um exercício de exposição didática e de apreensão destes fenômenos relativos ao manejo clínico, à (contra)transferência, ao “entre”/espaço potencial, à sensibilidade/”neutralidade” do/a analista, etc., arrisquei a proposição do que julguei profícuo nomear de Dimensão Sensível. Também, é importante lembrar que esta proposta se deu em claro diálogo com autores/as igualmente preocupados/as com a problemática abordada. Nesse sentido, busquei evidenciar na Parte I desta tese que a escolha pelo termo “Dimensão Sensível” ocorreu a partir de certa tradicionalidade de uso de termos similares e/ou aproximativos tais como “dimensão estética”, “campo estético”, “disponibilidade sensível”, “presença sensível”, entre outros. Portanto, esta tese é, inclusive, uma tentativa de formalização de um “campo” profundamente explanado por autores/as preocupados/as e implicados/as na consequência de pensar a clínica não a partir da transferência, num sentido restritivo, mas a partir da relação necessária e dialética entre transferência e contratransferência.

Retomando, então, a estrutura da tese, as três primeiras partes se constituíram justamente no sentido de esclarecer o “entre” como condição de base que sustenta a proposição de uma Dimensão Sensível e propõe, em termos de direção do tratamento, o encontro com a alteridade. Já a quarta e última parte do trabalho se propôs à descrição da Dimensão Sensível a partir de fatores que nela incidem e/ou dela advém.

O percurso realizado nesta tentativa de descrição partiu da questão do estabelecimento da confiança por haver notado, em minha clínica, que a confiança sustenta o “entre”, designando que analista e paciente, em algum sentido, apostam no processo analítico. Isso significa, entre outras coisas, que se aposta que algo dali resulte – confiança se relaciona diretamente com esperança.

Permeia a conquista da confiança possíveis ataques que desafiam a confiabilidade no/a e do/a analista. É preciso que o/a analista tenha adquirido uma clareza razoável sobre os fatores que o/a fazem ou não estar de fato disponível a tal

e qual paciente, em tal e qual momento clínico. É preciso sinceridade consigo e com o outro/paciente para, quando necessário, admitir erros, fazendo-se e mostrando-se humano frente a outro humano. Sabendo-se e mostrando-se faltante para, talvez, o/a próprio/a paciente ver-se e saber-se faltante a partir do outro/analista. A segunda "parada" neste percurso de descrição da Dimensão Sensível foi, então, a questão da sinceridade.

Dessa sequência argumentativa, adveio a possibilidade e necessidade de o/a analista oferecer algo da ordem de um espelhamento, de um reflexo que viabilize ao/à paciente o "ver-se sendo visto/a". Concluiu-se disso que o/a analista precisa manter resguardada alguma sensibilidade que o/a capacite a oferecer um olhar reflexivo ao/à paciente, consequentemente operando a ampliação e o reconhecimento do/a paciente sobre si mesmo/a e sobre a realidade. Espelhamento – terceira "parada" no percurso de descrição da Dimensão Sensível.

Dessa noção de que o/a analista precisa manter resguardada a possibilidade de manter-se sensível a inúmeros fatores pertinentes ao espaço "entre" analista/analisante, cheguei, então, à questão da qualidade de sua presença no aqui-agora com o/a paciente. Evidenciei esta questão da qualidade da presença do/a analista na sessão a partir do que nomeei de devoção/disponibilidade. Este percurso desencadeou a questão da capacidade de preocupação/*concern* que, por sua vez, despontou a problemática da empatia e do brincar compartilhado. Foram, portanto, sete "paradas" visitadas neste trajeto descritivo (Parte IV), configurando-se um "mapeamento" da Dimensão Sensível. Mapeamento este, vale ressaltar, inconcluso e aberto a reformulações e ampliações.

Como consideração final sobre esta tese da Dimensão Sensível, sublinho uma vez mais a importância do/a analista estar-com o outro/paciente, em comunidade de destino - não apenas sabendo-se (racionalmente) em comunidade de destino, mas sendo em comunidade de destino -, uma vez que tal é a própria condição do devir humano.

Minha clínica fez-me notar que a existência humana ocorre franqueada nesse espaço "entre" eu-outro, espaço que deflagra um paradoxo entre apresentação/criação de si e do mundo. Paradoxo este que não precisa ser resolvido, mas, sim, resguardado.

Pensar o acontecer humano pelo vértice da criatividade deflagra essa condição de franquia. O humano nasce em desamparo e sua existência acontece e

se funda pela necessidade e imprescindibilidade do outro – eis o cerne de sua eterna falta, de sua eterna abertura ao devir e de sua criatividade. A Dimensão Sensível, como está aqui exposta, foi o resultado da consideração e dos efeitos éticos desta concepção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COELHO JR, N. E. (2004) **Ferenczi e a experiência da Einfühlung.** Ágora (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 73-85, Jan. 2004.

DURSKI, L. M. (2011) **Entre o Psíquico e o Somático – Um estudo, a partir das obras de Freud e Winnicott, sobre os limites e as possibilidades da clínica psicanalítica**. Dissertação de Mestrado, orientada pela Prof. Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro. Universidade Federal do Paraná (UFPR), 2011.

DURSKI, L. M. & PINHEIRO, N. N. B. (2014) **Aniquilação e Mutilação – Diferentes dilemas psíquicos discutidos a partir do Homem dos Lobos e do Pequeno Hans.** In: Revista Brasileira de Psicanálise. Vol. 48, no.3, 2014.

FERENCZI, S (1908) **Transferência e Introjeção.** Obras Completas, Psicanálise (1908-1912). Volume I. Editora: Martins Fontes, São Paulo, 2011.

---------- (1909) **A Respeito das Psiconeuroses.** Obras Completas, Psicanálise (1908-1912). Volume I. Editora: Martins Fontes, São Paulo, 2011.

---------- (1927a) **Adaptação da Família à Criança.** Obras Completas, Psicanálise (1927-1933). Volume IV. Editora: Martins Fontes, São Paulo, 2011.

---------- (1927b) **O Problema do Fim de Análise.** Obras Completas, Psicanálise (1927-1933). Volume IV. Editora: Martins Fontes, São Paulo, 2011.

---------- (1928a) **Elasticidade da Técnica Psicanalítica.** Obras Completas, Psicanálise (1927-1933). Volume IV. Editora: Martins Fontes, São Paulo, 2011.

---------- (1928b) **A Criança Mal Acolhida e sua Pulsão de Morte.** Obras Completas, Psicanálise (1927-1933). Volume IV. Editora: Martins Fontes, São Paulo, 2011.

---------- (1929) **Princípio de Relaxamento e Neocatarse.** Obras Completas, Psicanálise (1927-1933). Volume IV. Editora: Martins Fontes, São Paulo, 2011.

FREUD, S. & FERENCZI, S. (1920-1933) **The Correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi**, volume 3, 2000. Edited by Ernst Falzeder and Eva Brabant. Cambridge: Harvard University Press.

FREUD, S. (1905) **Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco Anos (O Pequeno Hans).** Volumes Isolados de Sigmund Freud. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro, 2002.

---------- (1905a) **Tratamento Psíquico (ou Anímico).** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume VII. 2006.

---------- (1905b) **Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade.** Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. 1997.

---------- (1905c) **Fragmento da Análise de um Caso de Histeria.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume VII. 2006.

---------- (1905d) **Os Chistes e sua Relação com o Inconsciente.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume VII. 1976.

---------- (1905e) **Sobre a Psicoterapia.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume VII. 1976.

---------- (1906) **Personagens Psicopáticos no Palco** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume VII. 2006.

---------- (1907a) **Delírios e Sonhos na Gradiva de Jensen** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume IX, 1976.

---------- (1907b) **Fantasias Histéricas e sua Relação com a Bissexualidade.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume IX, 1976.

---------- (1907c) **Escritores Criativos e Devaneios.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume IX, 1976.

---------- (1909) **Cinco Lições de Psicanálise** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume XI. 1976.

---------- (1911) **Formulações sobre os Dois Princípios do Acontecer Psíquico**. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Vol.I, Editora: IMAGO, São Paulo-SP, 2004.

---------- (1912) **Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume XII. 1976.

---------- (1914a)**À Guisa de Introdução ao Narcisismo**. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Vol.I, Editora: IMAGO, São Paulo-SP, 2004.

---------- (1914b) **Recordar, Repetir e Elaborar.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume XII. 1976.

---------- (1915) **Pulsões e Destinos da Pulsão**. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Vol.I, Editora: IMAGO, São Paulo-SP, 2004.

---------- (1917) **Luto e Melancolia**. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Vol.II, Editora: IMAGO, São Paulo-SP, 2006.

---------- (1920) **Além do Princípio de Prazer**. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Vol.II, Editora: IMAGO, São Paulo-SP, 2006.

---------- (1921) **Psicologia das Massas e Análise do Eu**. Coleção L&PM POCKET, vol.1106, Editora: L&PM, Rio de Janeiro, 2013.

---------- (1923) **O Eu e o Id**. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Vol.III, Editora: IMAGO, São Paulo-SP, 2007.

---------- (1924) **O Problema Econômico do Masoquismo**. In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Vol.III, Editora: IMAGO, São Paulo-SP, 2007.

---------- (1926 [1925]) **Inibições, Sintomas e Angústia.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume XXI, 1976.

---------- (1937a) **Análise Terminável e Interminável.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume XXIII, 1976.

---------- (1937b) **Construções em Análise.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume XXIII, 1976.

---------- (1940 [1938]) **Esboço de Psicanálise.** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro. Volume XXIII, 1976.

KUPERMANN, D. (2008) **Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica.** Editora: Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2008.

---------- (2010) **A via sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica.** Cadernos de Psicanálise - CPRJ, Rio de Janeiro: CPRJ, ano 32, n. 23, p. 31-45, 2010.

MEZAN, R. (1993) **A sombra de Don Juan e outros ensaios.** Editora: Brasiliense, São Paulo, 1993.

OGDEN, T. H. (1994) **Os Sujeitos da Psicanálise.** Tradução: Cláudia Berliner. Editora: Casa do Psicólogo, São Paulo, 1996.

SAFRA, G. (2001). **Investigação em Psicanálise na Universidade**. Psicol. USP, v.12, São Paulo, 2001.

---------- (2004) **A po-ética na clínica contemporânea**. Editora: Ideias & Letras, São Paulo, 2004.

---------- (2005) **A face estética do self.** Editora: Ideias & Letras, São Paulo, 2005.

WINNICOTT, D. W. (1896-1971). **O gesto espontâneo**. Tradução: Luís Carlos Borges. Editora: Martins Fontes, São Paulo, 2005.

---------- (1931-1956) **Da Pediatria à Psicanálise.** Obras escolhidas / por D. W. Winnicott; com introdução de Masud M. Khan. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro, 2000.

---------- (1939-1970) **Privação e Delinquência**. Tradução: Álvaro Cabral. Editora: Martins Fontes, São Paulo, 2005.

---------- (1957-1963) **O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Tradução: Irineo Constantino Ortiz. Editora: ArtMed. São Paulo, 2007.

---------- (1958-1964) **A Família e o Desenvolvimento Individual.** Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. Editora: Martins Fontes. São Paulo, 2011.

---------- (1965) **THE PIGGLE – Relato do tratamento psicanalítico de uma menina.** Coleção Psicologia Psicanalítica. Direção Jayme Salomão. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro, 2ª. Edição, 1987.

---------- (1951-1971) **O Brincar e a Realidade.** Editora: IMAGO, Rio de Janeiro.

---------- (1954-1971) **Natureza Humana.** Tradução: Davi Litman Bogomoletz. Editora: IMAGO, Rio de Janeiro, 1990.