UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PRISCILA FREHSE PEREIRA ROBERT

**Da transferência negativa à destrutividade: percursos da clínica
psicanalítica**

SÃO PAULO

2015

PRISCILA FREHSE PEREIRA ROBERT

Da transferência negativa à destrutividade: percursos da clínica psicanalítica

(Versão Corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Área de concentração:

Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Daniel
Kupermann

São Paulo

2015

**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.**

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Robert, Priscila Frehse Pereira.

Da transferência negativa à destrutividade: percursos da clínica psicanalítica. / Priscila Frehse Pereira Robert; orientador Daniel Kupermann. -- São Paulo, 2015.

201f.

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

1. Psicanálise 2. Clínica psicanalítica 3. Transferência negativa
4. Destrutividade 5. Resistência I. Título.

RC504

Nome: Robert, Priscila Frehse Pereira

Título: Da transferência negativa à destrutividade: percursos da clínica psicanalítica

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

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Joel Birman

Instituição: UERJ, UFRJ e Paris 7 _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Gilberto Safra

Instituição: IP-USP _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Nadja Pinheiro

Instituição: UFPR _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Fabio Thá _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Daniel Kupermann _____

Instituição: IP-USP _____ Assinatura: _____

Para Marcio, companheiro de todas as horas, por sua força e doçura, por sua paixão e aconchego, por sua arte de reinventar o amor e abraçar os sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Daniel Kupermann, pela aposta e confiança, pelas indicações precisas, pela liberdade e incentivo ao pensamento crítico e por sua leitura viva da psicanálise.

Ao Prof. Dr. Luiz Eduardo Prado de Oliveira, pelas orientações, pela generosidade e ajuda na realização do Doutorado Sanduíche.

À Profa. Dra. Nadja Pinheiro, pelas contribuições na Banca de Qualificação, pela leitura atenta e crítica do meu texto, por ter me apresentado com tanto entusiasmo o trabalho de Winnicott, pelo incentivo para o ingresso no doutorado.

Ao Prof. Dr. Fábio Thá, por sua generosidade e autenticidade, por sua crítica ao fechamento dogmático da psicanálise, por seu entusiasmo na leitura dos textos freudianos e pela amizade.

Aos psicanalistas que fazem ou fizeram parte da minha formação: Rosane Sade Miguel, por acompanhar meus primeiros passos na clínica, Ronaldo Barra, com quem aprendi o respeito e ganhei gosto pela docência, Marion Minerbo, por sua delicadeza e sensibilidade clínica.

Aos funcionários do Instituto de Psicologia, especialmente, à Claudia Rocha, pelo conhecimento técnico, pela simpatia e pela disposição a ajudar.

Aos funcionários da Biblioteca Dante Moreira Leite, pela competência, simpatia, disposição e prontidão para auxiliar no trabalho de pesquisa.

A todos os colegas do Laboratório PsiA, mas especialmente, Tatiana Cano, Daniel Vitorello, Lívia Santiago, Lucas Bulamah e Nadeje Barbosa pelo apoio, pelos socorros, pelas infundáveis discussões e bate-papos e sobretudo pela parceria e amizade construída ao longo desses anos. Sem o apoio de vocês, esse percurso teria sido muito mais árduo e muito menos divertido.

À Manoel Madeira, pela ajuda e acolhimento em Paris, pela produção conjunta e pela amizade. E aos queridos amigos Laura Penna Alves, Júlio Canhada e Carolina Garcia que tornaram o período de Doutorado Sanduíche mais especial.

Ao querido amigo Eduardo Vicenzi, pelo percurso que construímos desde os primeiros anos de faculdade, pelas infundáveis discussões clínicas e teóricas, por seu entusiasmo com a psicanálise, pela parceria e amizade; À Lígia Durski, Gustavo Vieira, Jean Diogo e Renan Brezolin, pelas discussões teóricas, pela ajuda e pela amizade; e aos colegas dos Encontros Clínicos, pelas trocas “psicanalíticas”.

À Karlla Wiezzer, Luís Fernando Farias, Ricardo Polucha, Luciano Lacerda, Sergio Madeira e Patricia Lages pela amizade firme, pelo apoio, pelas traduções e leituras, e pelo compartilhamento de ideias.

À Larissa e Rodrigo, meus queridos irmãos, pela amizade, pelo apoio incondicional, pelo companheirismo, pela generosidade, e pela alegria que trazem à minha vida, e a meus cunhados Sabrina e Gabriel, pela amizade, pela parceria, pelo apoio.

A meus pais, Heloísa e Tadeu, pelo apoio incondicional, pelo amor, pelo incentivo e por compreenderem minhas ausências.

À minha querida vó Odilma, por ter me ensinado a poesia da vida e pelo amor.

À Marcio Robert, pela parceria ao longo desses anos, pelo companheirismo, pelo amor, pela amizade, pela paciência, pelas inúmeras conversas psicanalíticas, pelas inúmeras leituras e revisões de texto.

À Capes, pela concessão da bolsa de doutorado e doutorado sanduíche, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Resistir como quem deseja
Meu ver-seja seja

Alice Ruiz / Itamar Assumpção

Todo principiante em psicanálise provavelmente se sente alarmado, de início, pelas dificuldades que lhe estão reservadas quando vier a interpretar as associações do paciente e lidar com a reprodução do reprimido. Quando chega a ocasião, contudo, logo aprende a encarar estas dificuldades como insignificantes e, ao invés, fica convencido de que as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência.

Sigmund Freud

RESUMO

ROBERT, P.F.P. *Da transferência negativa à destrutividade: percursos da clínica psicanalítica*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A presente tese consiste em percurso pelas concepções de manejo das transferências negativas nas produções de Freud, Ferenczi e Winnicott, explicitando os diferentes sentidos e enquadres da resistência e da destrutividade na teoria da clínica de cada um desses autores, e também ensaiando pontos de contato entre eles. Como fio condutor, ou como visada ética, a valorização de uma dimensão de positividade da destruição na clínica psicanalítica na medida em que, promotora de diferenças e limites, está implicada nos caminhos das transferências em análise. Ao longo do percurso, o estudo de figuras de submissão na clínica – masoquismo em Freud, identificação ao agressor em Ferenczi e falso *self* em Winnicott – nos permite mapear outras vias para o manejo da agressividade, especialmente em situações nas quais a resistência e ódio não aparecem no trabalho analítico ou, se aparecem, não são sentidos como próprios. Em comum entre Freud, Ferenczi e Winnicott, a crítica ao excesso interpretativo e às análises que ocorrem em nível estritamente intelectual. Em Freud, além da interpretação, princípio de abstinência, associação livre/atenção flutuante e luta para superação das resistências, forjados ao longo da primeira tópica, demonstramos que as noções de elaboração, construção, bem como a menção à lenta demolição do superego hostil, permitem o esboço de outras possibilidades de manejo que se desdobram nas teorias de Ferenczi e Winnicott. Em Ferenczi, abordamos o percurso clínico que culmina na elasticidade da técnica analítica e em sua discussão sobre a implicação e limites do analista no manejo do ódio traumático e clivado que reincide na clínica. Em Winnicott, o *holding*, a regressão à dependência, o brincar, o uso das falhas do analista e a destruição/sobrevivência do analista permitem abordar as diferentes facetas de sua teoria da agressividade no desenvolvimento emocional e diferentes posições do analista no manejo da transferência. Como recurso para explicitar os limites e possibilidades de manejo, a construção do texto é perpassada por extratos de casos clínicos. Em Freud, os casos Dora, Homem dos Ratos, Homem dos Lobos, Jovem Homossexual e AB são abordados; em Ferenczi, algumas considerações sobre a análise de Elisabeth Severn e S.I. são evocados; em Winnicott, são analisados os casos B. e Margaret Little. Por fim, nosso percurso permite afirmar que a possibilidade da destrutividade exercer sua função diferencial depende da disponibilidade do analista de se oferecer como suporte (o que inclui também oposição, resistência e limite) e de se permitir ser destruído e sobreviver à destruição ao longo do trabalho analítico.

Palavras-chave: Psicanálise. Clínica Psicanalítica. Transferência negativa. Destrutividade. Resistência.

ABSTRACT

ROBERT, P.F.P. *From negative transference to destructiveness: paths of psychoanalytical treatment*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The present thesis consists of path through the management of negative transfers in Freud's, Ferenczi's and Winnicott's productions by making explicit different framing and meaning of resistance and destructiveness in treatment's theory of each of these authors, but also essaying points of contact among them. As a guidewire, or as ethic bias, the valorization of a dimension of positiveness of the destruction in psychoanalytic treatment insofar as, promoter of differences and limits, it is implied in the ways of the transfers in analysis. Along the course, the study of figures of submission in treatment – masochism in Freud, identification with the aggressor in Ferenczi and false self in Winnicott – allows one to map other ways for the management of aggressiveness, especially in situations in which resistance and hate do not appear in analytic work or, if they do, they are not felt as their own. Common to Freud, Ferenczi and Winnicott, the criticism to the interpretative excess and to analysis that occur in the strictly intellectual level. In Freud, besides interpretation, principle of abstinence, free association / floating attention and fight to overcome the resistances, forged along the first topic, we demonstrate that the notions of working through, construction, as well as the mention to the slow demolition of the hostile super-ego, permit outline other possibilities of management that unfold in Ferenczi's and Winnicott's theories. In Ferenczi, we approach the clinical course that culminates in the elasticity of the analytical technique and in its discussion about the implications and limits of the analyst in cleaved and traumatic hate management that relapses in treatment. In Winnicott, the holding, the regression to dependence, the play, the use of the analyst's fails and destruction/survival permit to approach the different facets of his theory of aggressiveness in emotional development and different positions of the analyst in transfer management. As a resource to make explicit the limits and possibilities of management, the construction of the text is permeated by extracts of clinical cases. In Freud, Dora, Rat Man, Wolf Man, Young Female Homosexual, and AB cases are addressed; in Ferenczi, some considerations about the analysis of Elisabeth Severn and S.I. are evoked; in Winnicott, B. and Margaret Little cases are analyzed. In conclusion, our course permits to affirm that the possibility of destructiveness to exert its differential function depends on the availability of the analyst to offer as a holding himself (which includes also opposition, resistance and limit) and to permit himself to be destroyed and himself to be destroyed and to survive to the destruction along the analytical work.

Keywords: Psychoanalysis. Psychoanalytic treatment. Negative Transference. Destructiveness. Resistance.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Visão panorâmica das transferências negativas no campo psicanalítico.	16
1.2 Sobre o retorno aos trabalhos de Freud, Ferenczi e Winnicott.....	21
1.3 Cartografias das transferências negativas.....	23
2. O MANEJO DAS TRANSFERÊNCIAS NEGATIVAS EM FREUD.....	29
2.1 Resistência e interpretação no manejo das transferências	29
2.1.1 Primeiros traçados da transferência em Psicoterapia da Histeria	29
2.1.2 Transferência e interpretação no Caso Dora.....	37
2.1.3 Da insistência interpretativa à associação livre	41
2.1.4 Transferências amorosas e princípio de abstinência.....	42
2.1.5 Transferências negativas como resistência.....	46
2.1.6 O manejo das transferências negativas no Homem dos Ratos	48
2.2 Os limites na clínica freudiana.	58
2.2.1 Elaboração e esboços de construção em análise.....	58
2.2.2 O narcisismo e os limites do analisável.....	62
2.2.3 Casos difíceis e situações limites.....	67
2.2.3.1 Adesividade transferencial e técnica ativa: o caso do Homem dos Lobos	69
2.2.3.2 Hostilidade latente e os limites da transferência: o Caso da Jovem Homossexual	72
2.2.3.3 Caso AB: Implicação do analista e hesitação no diagnóstico	76
2.2.3.4 Quando a transferência negativa não aparece no espaço analítico	78
2.3 O problema do masoquismo e o manejo das transferências negativas.....	80
2.3.1 Reação terapêutica negativa e adesividade transferencial	80
2.3.1 Sadismo e masoquismo em Freud	82
2.3.2 Do masoquismo erógeno constitutivo ao masoquismo moral	84
2.3.3 Pulsão de destruição, cisão do eu e possibilidade de resistir.....	89
2.3.4 O testamento de Freud: outras vias para o manejo das transferências negativas.	92
2.3.5 Transferência negativa como resistência à submissão	95
3. DAS TRANSFERÊNCIAS NEGATIVAS À DESTRUTIVIDADE.....	100
3.1 Os territórios ferenczianos e winnicottiano se entrecruzam: os casos limites.....	100
3.2 Ferenczi: Suportar o ódio e o desprazer no manejo da transferência	102

3.2.1 Primeiros traçados em Ferenczi: submissão e desconfiança na transferência.....	102
3.2.2 A técnica ativa: transferência negativa e narcisismo do analista.....	106
3.2.3 Elasticidade na técnica analítica e a traumatogênese ferencziana.....	110
3.2.4 Identificação ao agressor: do ódio à submissão.....	112
3.2.4.1 Caso S.I.: o terrorismo do sofrimento.	116
3.2.5 O masoquismo em Ferenczi: o problema afirmação do desprazer.	116
3.2.6 Caso Severn: a precocidade do trauma e o amor impiedoso	121
3.2.7 Suportar o ódio, suportar o próprio ódio: os limites na clínica ferencziana.....	123
3.2.8 Do analista no lugar de superego à análise pelo jogo.....	127
3.2 Winnicott: Os manejos da agressividade e da destrutividade na clínica.	130
3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre necessidade e desejo	131
3.3.3 Raízes da agressividade: do amor impiedoso à destrutividade.....	140
3.3.4 Sobre masoquismo em Winnicott: sentir-se real pela intrusão.....	147
3.3.5 O falso self como submissão e adaptação ao ambiente	150
3.3.2 O ódio na contratransferência e anterioridade do ódio materno.....	154
3.3.6 O manejo diante de um falso self: reencontrar a agressividade na clínica.	157
3.3.7 Caso Margaret Little: Construções em análise e suporte para o ódio	160
3.3.7.1 Ella Sharpe e Margaret Little: uma análise freudiana nada freudiana.....	165
3.3.8 Caso B: Brincar de luta, oposição e resistência na transferência	167
3.3.9 Do uso das falhas à destruição/sobrevivência do analista	175
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	183

INTRODUÇÃO

Nas bordas do analisável e, ao mesmo tempo, no cerne da teoria da clínica, o manejo das transferências negativas configura importante desafio da clínica psicanalítica contemporânea. As modalidades de sofrimento que levam os pacientes à análise e a configuração do *setting* psicanalítico nos dias de hoje possuem algumas peculiaridades em relação àquelas dos primeiros anos da psicanálise, o que traz à ordem do dia discussões sobre o trabalho do analista no manejo transferencial.

Desde os primeiros anos da clínica psicanalítica, o manejo das transferências negativas baliza a diferença entre a psicanálise e o caráter sugestivo de outros métodos terapêuticos. Se não há espaço para manifestação e elaboração dos afetos hostis dirigidos ao analista, é frequente obter-se como resultado uma espécie de “dependência cega” e de “cativeiro permanente do enfermo perante o médico”. (Freud, 1905a/1996, p. 112)

As implicações dessa assertiva freudiana se ampliam na medida em que, na construção de sua teoria da clínica, o trabalho de revelação do inconsciente vai sendo paulatinamente deslocado para o trabalho de elaboração das resistências. Não se trata de revelar o inconsciente ao analisando ou de buscar insistentemente a revelação de conteúdos, tampouco de insistência na interpretação.

De Freud aos psicanalistas contemporâneos, o manejo da transferência negativa passou a levar em conta a implicação do analista na configuração do campo transferencial. No entanto, esse movimento não poderia dispensar esse gesto clínico inaugural: voltar-se para o analisando e notar que os afetos em jogo no trabalho analítico são expressão de *singularidade*, “de um modo específico de conduzir-se na vida amorosa”, que possui uma história que se repete e se atualiza (Freud, 1912/2010a). Entendemos que a clínica psicanalítica se legitima na medida em que possibilita ao paciente uma *experiência singular em transferência*. Singularidade que se atrela – esse será o nosso percurso – à função da *destrutividade* em análise.

Na trilha deixada por Freud, pensar os problemas da dependência e da submissão ao analista, a partir das relações entre transferência negativa e resistência, é o campo clínico do qual derivam nossas questões. Pretendemos abordar uma dimensão do manejo que, para além da interpretação, consiste na sustentação e sobrevivência do analista à destrutividade do analisando, e trazer à tona a discussão sobre o trauma e o manejo em *situações clínicas* nas quais o analista é levado a se deparar com seus próprios limites e também com os limites de sua teoria.

Do amplo campo do manejo da agressividade em situações limites da análise, nosso recorte privilegia formas clínicas da transferência que tendem a se configurar pelo viés da dependência e da submissão. A figura clínica do masoquismo em Freud (1919/2010c, 1924/2007, 1930/1996), em sua dimensão constitutiva e patológica, a identificação ao agressor em Ferenczi (1928/2011, 1930a/2011, 1931a/2011, 1932/1990, 1933/2011) e as personalidades falso *self* em Winnicott (1950-1955/2000, 1960a/1983, 1971/1975) revelam as relações de submissão e dependência no plano intrapsíquico, mas também, esse é o ponto principal, apontam para a problemática da submissão e dependência no campo transferencial, atreladas à impossibilidade da destrutividade exercer seu potencial diferenciador e singularizante no tratamento analítico.

Dessa perspectiva, a destrutividade ganha uma medida de *positividade* e pode ser articulada “de ponta a ponta” do trabalho analítico: desde a diferenciação primária entre eu e não eu e da construção dos sentidos de realidade através da transferência, passando pela destrutividade implicada nos trabalhos de elaboração até a articulação sobre os destinos das transferências em análise.

A partir da classificação proposta por Mezan (2002) para as pesquisas em psicanálise, é possível situar a presente tese entre aquelas que discutem *o processo terapêutico stricto sensu*, *o modus operandi do psicanalista*. Não se trata, no entanto, de cair no engodo ou na concepção ingênua de que da clínica, por ela própria, emergem todos os conceitos que a fundamentam. Pelo contrário, a *história da teoria da clínica* perpassa a construção do trabalho, através de suas dificuldades, suas aberturas, seus paradoxos. Trata-se, assim, de uma tese de questionamentos sobre limites: do analista, do analisando, da clínica, da teoria.

Nesse sentido, a proposta da presente pesquisa não poderia ser extrair um conceito rígido de transferência negativa, mas abordá-la a partir da pluralidade de sentidos e enquadres, através de uma construção que explicita os pontos de continuidade e de ruptura na teoria da clínica psicanalítica e que leve em conta a *implicação do analista nas vicissitudes da destrutividade em análise*. Para tanto, as posições ocupadas pelo analista na transferência serão fios condutores da articulação teórica.

Se a proposta é pensar na implicação do analista no manejo das transferências negativas, os trabalhos de Sándor Ferenczi e Donald Winnicott se mostram pertinentes. Os autores fornecem vasto material clínico e teórico que convocam o psicanalista ao questionamento de seus limites e possibilidades. Seus percursos carregam um questionamento da tradição psicanalítica na qual se inserem: Ferenczi em relação à Freud, Winnicott em relação à Klein e, por consequência,

suas produções teóricas demonstram o sempre multifacetado “interjogo [*interplay*]¹ entre a originalidade e a aceitação da tradição como a base para a inventividade” (Winnicott, 1971/1975, p. 138).

A escolha por esses autores reflete a construção de um posicionamento ético e epistemológico na psicanálise: o percurso de uma análise leva em conta a singularidade dos encontros e desencontros entre analista e analisando, o que significa que estão em jogo não somente a modalidade de sofrimento do paciente, mas também a subjetividade do analista e as condições a partir da qual a situação analítica se configura, em determinado tempo e espaço. Dimensões que, muitas vezes, ultrapassam o que o conceito de transferência consegue abarcar, mas cuja configuração depende do olhar e estatuto dado pelo analista a essa mesma transferência e de como se vê implicado ou não no campo transferencial. (Zygouris, 1999, 2003, 2006, 2011)

Nessa linha, o analista não se define como aquele que é capaz de ouvir de um lugar de neutralidade, porta-voz de uma Verdade, e tampouco é aquele cuja função se traduz em nome de uma análise pura ou de um desejo desencarnado. Pelo contrário, a clínica se dá também através das resistências *no* encontro afetivo entre analista e analisando. (Kupermann, 2008) A resistência, assim, não está nem apenas do lado do paciente, nem apenas do lado do analista, mas sua articulação se dá através de um campo de afetação mútua e compartilhamento afetivo. É desse campo de *aimance*², como afirma Zygouris (1999, p. 28) – da influência mútua entre os corpos e psiquismos (Katz, 1992, p.44), que Freud extrai o conceito de transferência.³

Assim, tentando cartografar o campo das transferências negativas em Freud, Ferenczi e Winnicott, realizaremos um percurso que procura privilegiar a relação entre clínica, teoria da clínica e metapsicologia, perpassada por casos clínicos de cada um dos autores. A ideia de trabalhar a clínica nos coloca, de início, em campo avesso à sistematização teórica rigorosa, trazendo à tona momentos nos quais o manejo clínico e a teoria da clínica não necessariamente coincidem. Nossa proposta se situa no entrecruzamento de relatos de casos clínicos, teoria da clínica e metapsicologia, de onde emergem as relações entre as figuras de submissão na clínica e os destinos da destrutividade em análise.

¹ Na edição da editora imago, *interplay* aparece traduzido como “integração” ou “ação recíproca”, o que não nos parece adequado. Em função dessas discrepâncias, utilizaremos, sempre que possível a tradução proposta por Gustavo Vieira (2014), que explicita ao lado de sua proposta de tradução, em colchetes, os termos sujeitos à ambiguidade em inglês. No entanto, indicamos também a paginação na tradução para o português.

² No original *aimance* que, em francês, une as palavras *aimer* (amar) e *aimant* (ímã).

³ Discorremos sobre essa origem no primeiro capítulo do presente trabalho.

1.1 Visão panorâmica das transferências negativas no campo psicanalítico.

“Mas, afinal, do que você está falando quando se refere à transferência negativa?” Ao longo da elaboração da tese, inúmeras foram as situações acadêmicas nas quais essa pergunta me foi dirigida. Tais questionamentos, além de inerentes ao percurso de elaboração de uma pesquisa acadêmica, parecem revelar também uma dificuldade de delimitação da expressão “transferência negativa” no campo psicanalítico. Por exemplo, que o questionamento sobre a transferência é legítimo e que a transferência tem estatuto conceitual na teoria da clínica em psicanálise é assunto pouco discutível. O conceito de transferência começa a ser articulado desde os primórdios da psicanálise e adquire estatuto cada vez mais relevante na obra freudiana. Tem lugar garantido em dicionários e manuais de psicanálise, com longos tópicos sobre sua conceituação e percurso de construção. Quando se trata dos pilares da clínica psicanalítica, é lugar comum que a transferência apareça entre os conceitos fundamentais da psicanálise. A partir de Freud, o conceito de transferência apresenta uma grande força e rendimento teórico e persiste na elaboração dos pós-freudianos. No entanto, não é evidente que o mesmo se aplique especificamente à transferência negativa.

O texto de Pontalis *Ce transfert qu'on appelle négatif* escancara o problema: “a transferência negativa não é um conceito analítico” (1988, p. 130)⁴. O uso do termo comporta ambiguidades e contradições e, se tomadas isoladamente, revelam pouco ou nada do que está em jogo no trabalho clínico, uma vez que está restrita ao manifesto. Ora tomada como resistência, ora confundida com a reação terapêutica negativa, parece haver uma confusão de línguas que perpassa a discussão sobre o tema. Em 2000, uma edição da *Revue Française de Psychanalyse*, dedicada especificamente à transferência negativa, contempla uma grande variedade de problemas clínicos: transferências negativas “clássicas”, transferências negativas paranoicas, transferências clivadas, transferências paradoxais, transferências negativas latentes, transferências negativas no contexto da formação do analista, transferências negativas e o fim da análise, etc. O que há em comum em todas elas? Uma discussão sobre limites: limites da técnica clássica, limites do transferível, limites do analisável. Não por acaso a célebre discussão sobre a transferência negativa “não analisada” de Ferenczi aparece justamente no texto *Análise terminável e interminável* (1937a/1996), onde Freud se dispõe justamente a discutir os limites do analisável.

Cournut (2000, p. 361) reconhece o caráter problemático – e por vezes, moralizante – do uso da expressão *transferência negativa* no campo psicanalítico:

⁴ Ao longo da tese, trabalharemos com tradução livre dos artigos em francês.

A transferência negativa é uma noção freqüente na teoria da prática psicanalítica. Refere-se a uma experiência, uma expressão, um sentimento que colore a transferência, e ao mesmo tempo a contratransferência, de uma reputação bastante pejorativa, sinalizando uma dificuldade por vezes grave a ponto de interromper o processo analítico e a condução de uma cura. (Cournut, 2000, p. 361)

A confusão é tamanha que Laplanche e Pontalis (1998, p. 521) precisam esclarecer em seu dicionário que, em Freud, os sinais positivo e negativo da transferência qualificam apenas a natureza dos afetos sentidos ou, como aponta Daniel Lagache (1952): “sabe-se que a transferência de sentimentos positivos pode ter efeitos negativos; ao contrário, a expressão de sentimentos negativos pode constituir um progresso decisivo”. Assim, mais do que pela precisão conceitual, o estudo da transferência negativa se justifica justamente pelos quiproquós, divergências e impasses a ela relacionados.

No Brasil, são escassos os trabalhos que especificam o tema da “transferência negativa”. No âmbito da pesquisa acadêmica, são apenas onze os trabalhos encontrados na Bvs-Psi (www.bvs-psi.org.br) com o descritor “transferência negativa”: Katz (1993); Fetter, Knijnik, Caleffi e Pacheco (1999); Kupermann (2000); Tabares Pujante (2000); Cantis (2001); Ríos, Figueroa e Buguña Seguel (2001); Laia (2003); Gerez Ambertín (2005); Alvarenga (2008) e, por fim, Gastaud e Peres (2009). A aproximação à teoria freudiana nesses artigos se dá a partir do trabalho de S. Ferenczi (Katz, 1993; Kupermann, 2000), Lacan (Alvarenga, 2008; Laia, 2003) e Melanie Klein (Cantis, 2001). Não há referência explícita e articulações entre as obras de Freud e Winnicott.

Uma das justificativas para ausência de referências winnicottianas na busca pelo descritor “transferência negativa”, pode ser o fato de que as manifestações relativas à agressividade na clínica não sejam abordadas a partir desse conceito freudiano, sobretudo nos trabalhos que defendem ruptura paradigmática entre Freud e Winnicott.⁵ No entanto, a ausência de trabalhos específicos sobre transferência negativa pode também ser explicada pela tendência das pesquisas em psicanálise de priorizar o discurso teórico sobre o clínico: das nove teses de doutorado encontradas no Banco de Teses da Capes⁶ com os termos “agressividade” e “psicanálise”, há uma única, publicada em 2011, que se articula em torno dos problemas da clínica⁷.

⁵ Um exemplo é a tese de doutorado de Garcia, R. M. intitulada *Agressividade na psicanálise winnicottiana* (2009), defendida na PUC-SP.

⁶ Acesso em 15/02/2015: <http://bancodeteses.capes.gov.br/>

⁷ Silva, D. C. G. G. (2011) *O caso piggle e as depressões infantis na psicanálise winnicottiana*. Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A pesquisa bibliográfica apontou que a primeira menção à transferência negativa na história da psicanálise aparece em carta de Freud a Jung, de 21 de junho de 1908. A primeira menção em publicação, por sua vez, ocorrerá no ano seguinte, em *Transferência e Introjeção* (1909), de S. Ferenczi⁸. Mas será apenas em *Dinâmica da Transferência* (1912), que receberá problematização teórica que lhe atribui estatuto peculiar em termos de teoria da técnica. Depois disso, Freud utilizará a expressão poucas vezes em sua produção teórica, entre as quais, a *Conferência XXVII – Transferência* (1917), em *História do Movimento Psicanalítico* e em *Análise terminável e interminável* (1937) e *Esboço de Psicanálise* ([1938]1940).

Em linhas gerais, a qualificação dada por Freud à transferência negativa em *Dinâmica da Transferência* (1912) é a mais conhecida e refere-se a “afetos hostis dirigidos ao analista”. Mas a agressividade em análise não se encerra nos problemas por ele trabalhados nesse texto. Raiva, ódio, desprezo, indiferença, desconfiança, vingança, rebeldia, teimosia, arrogância e apego ao sofrimento contemplam uma ampla gama de afetos hostis em análise e demandam diferentes articulações, tanto em termos de manejo quanto em termos metapsicológicos.

Ainda segundo o levantamento bibliográfico, verificamos que os dois primeiros artigos dedicados exclusivamente aos problemas da transferência negativa são *Sur le transfert négatif latent*, de Sterba, de 1927 (cujo resumo consta em Saussure, 1929), e *Negative Transference in Psychoanalysis*, de M. Peck escrito em 1929. Não é possível deixar de notar que o primeiro texto que contempla a transferência negativa no título refere-se justamente a uma transferência negativa que *não se manifesta na clínica*, a transferência negativa latente. Passado o período de “empolgação” com as possibilidades terapêuticas da psicanálise, característica da década de 1910 (Gay, 2002), o campo psicanalítico, na década de 1920, começaria a problematizar os limites do analisável, os limites da clínica e os problemas da formação do analista.

Além do mais, é preciso registrar que Freud, Ferenczi e Winnicott não foram os únicos a criar abordagens originais a respeito da transferência negativa. A agressividade na clínica e na metapsicologia foi consistentemente tematizada por dois dos psicanalistas mais influentes da história da psicanálise: Melanie Klein e Jacques Lacan.

Melanie Klein, em sua radicalização do conceito de pulsão de morte nas relações objetais precoces, traz a transferência negativa para o centro do trabalho analítico, com exemplos notáveis de interpretação, que podem ser encontradas em *A psicanálise de crianças* (Klein, 1997).⁹ Jacques Lacan, por sua vez, no final da década de 1940, relaciona a agressividade à

⁸ “Reconhecer as transferências positivas e negativas é capital na análise”, afirma Ferenczi (1909, p. 91)

⁹ Uma leitura instigante sobre o manejo da transferência na clínica kleiniana pode ser encontrada no texto de Elizabeth Spillius (2006), intitulado *Evolução do pensamento kleiniano: revisão geral e visão pessoal*.

identificação narcísica e a situa na estrutura do eu.¹⁰ No campo lacaniano, o livro *Transfert Négatif* (2005), organizado por Jacques-Alain Miller, nos parece o que aborda de maneira mais abrangente as considerações de Lacan sobre transferência negativa, do ponto de vista clínico e teórico, buscando resgatar sua fecundidade na clínica. Tal tema é, no entanto, reconhecidamente marginal no ensino de Lacan.

Assim, nossa discussão do manejo da transferência negativa é também permeada, ainda que de maneira indireta, pelo trabalho desses dois importantes autores. Como são psicanalistas que fizeram escola, seus conceitos, suas concepções de clínica e, sobretudo no caso de Lacan, seu estilo, estão difundidos e incorporados nas produções psicanalíticas da atualidade e, assim, perpassam nossa leitura sobre o tema.

Como veremos ao longo da tese, o trabalho de Winnicott se constrói em oposição ao excesso interpretativo das transferências negativas na clínica psicanalítica, especialmente, em relação à clínica kleiniana (Philips, 2013). Sua delimitação será precisa: o psicanalista inglês diferencia “transferências negativas neuróticas” e “a raiva contra as falhas do analista”, o que permitirá uma ampla discussão sobre o manejo.

Essa distinção feita por Winnicott também se nota, pelos mais diversos caminhos, em uma ampla distinção, especialmente utilizada na pesquisa psicanalítica francesa (ou mais especificamente, nas pesquisas ligadas à Sociedade Psicanalítica de Paris, ligada à IPA) entre as chamadas – para usar a distinção proposta por Bokanowski (2005, 2009) – “transferências negativas “em sentido clássico” e “transferências negativantes destrutivas”.

Essa ampla distinção, ao que nos parece, é bastante ancorada em uma divisão entre concepção freudiana da transferência na primeira tópica e a ampliação do campo clínico a partir da segunda tópica e teoria da pulsão de morte, a famosa virada dos anos 20. Os trabalhos de Green (1998) e mais recentemente, os de Roussillon (1991/2013, 2001, 2008a, 2008b, 2009, 2012), são os mais que mais se destacam e dialogam de forma criativa com os trabalhos de Winnicott, e também perpassam a construção de nosso problema de pesquisa.

Em linhas gerais, é possível afirmar, com Bokanowski (2005, 2009), que as transferências negativas “clássicas” referem-se aos movimentos agressivos, destrutivos e violentos em direção ao objeto¹¹ que se estruturam a partir de uma “neurose de transferência”. São transferências que

¹⁰ Importante ressaltar que, de acordo com Ferrari (2006), embora o tema da agressividade não seja relevante no restante da obra de Lacan, o autor não abandonará a leitura da agressividade em sua dimensão imaginária, mesmo em sua releitura de Freud a partir da referência à lingüística estrutural.

¹¹ Em *Dinâmica da transferência* (1912), Freud as nomeia, de forma genérica, como “afetos hostis dirigidos ao analista”. O conceito de neurose de transferência bem como a articulação dos múltiplos sentidos da transferência negativa em Freud serão abordados no primeiro capítulo do presente trabalho.

operam como resistência e necessitam ser interpretadas (analisadas), para que sejam elaboradas. Nesses sujeitos, a capacidade de deslocamento dos investimentos está conservada e a transferência negativa, que se endereça de maneira ambivalente em relação ao objeto, é inscrita em termos de *Eros*. Nesse campo da relação analítica, os movimentos de transferência negativa são transformados em afetos e se tornam simbolizáveis, a favor da interpretação. Trata-se de uma raiva que aparece *na* transferência. (Bokanowski, 2005, 2009)

As “transferências negativantes destrutivas”, por sua vez, estão além das transferências negativas eróticas. O campo das atuações, como transbordamento passional e erotização da transferência, pode se manifestar como transferência negativa hostil, violenta, raivosa e insuportável, tanto para o paciente quanto para o analista. Trata-se de transferências que imobilizam os processos e a vida psíquica tanto do analista quanto do analisando. São essas transferências, ainda seguindo Bokanowski (2005, 2009), que provocam resistências que parecem com frequência insuperáveis e que podem levar à “reação terapêutica negativa” ou tornar a “análise interminável”: elas são a origem de todo o questionamento e de todos os avanços da análise contemporânea no que concerne tanto à “analisabilidade” quanto à “gestão da cura” e o campo a partir do qual se estruturam as discussões sobre os estados limites em análise. A partir de então, como propõe Minerbo (2009) seria possível estabelecer uma distinção entre a raiva neurótica e o ódio não-neurótico na clínica em suas diferentes gradações.

Assim, nosso percurso que vai das transferências negativas à destrutividade na clínica psicanalítica se insere em uma discussão atual no campo psicanalítico. Em 2009, por exemplo, a *Revue Française de Psychanalyse* dedicou um número a discutir o tema da destrutividade – *Détruire / Se détruire* – com referências explícitas aos trabalhos de Green, Ferenczi e Winnicott.

Além desta, uma publicação recente – *Destructivité chez l'enfant* (Cohen de Lara e Danon-Boileau, 2014) – contempla questões teórico-clínicas que vão desde os problemas do masoquismo em Freud, passando pela identificação ao agressor em Ferenczi e chegando à questão da destruição-sobrevivência do objeto em Winnicott, o que mostra a ressonância da discussão psicanalítica contemporânea na construção da presente tese.¹²

¹² Durante o Doutorado Sanduiche, tive a possibilidade de participar do colóquio “La destructivité chez l'enfant” promovido pela Université Paris 13, em 22 de março de 2014, do qual resultou a publicação a que nos referimos.

1.2 Sobre o retorno aos trabalhos Freud, Ferenczi e Winnicott

Mas, se há tantos trabalhos sobre o tema, o que justificaria o retorno aos clássicos, em um trabalho sobre a teoria da clínica em Freud, Ferenczi e Winnicott?

Em primeiro lugar, em nome de um rigor teórico que a pesquisa acadêmica demanda e pela tradição de estudo da obra freudiana que marca meu percurso de formação.¹³ Além disso, a leitura dos clássicos me parecia indispensável diante da multiplicidade de leituras e inter-relações entre os autores estudados.

A partir de minha experiência clínica e da leitura de autores contemporâneos, surge o desejo de enfatizar a *potencialidade da associação livre*, princípio fundamental em Freud, a partir do qual o trabalho de interpretação se ancora. Além disso, as histerias clássicas, freudianas, e também as neuroses obsessivas não me parecem tão distantes do cotidiano do analista, ainda que seja notável novos arranjos psíquicos e novas formas de viver e narrar o sofrimento. A experiência clínica – especialmente se não ficar restrita à análise de candidatos a analista – torna evidente que as modalidades de sofrimento psíquico que comparecem ao consultório sofreram modificações. No entanto, não me parece que seja possível, a partir daí, colocar em pauta a desconstrução do dispositivo analítico (Gondar, 2001), como se houvesse um abismo entre o agir e o representar, como se neurose e não-neurose estivessem em dois polos absolutamente distintos da experiência analítica.

Nesse sentido, recorremos a Deleuze (1968/2006, p. 42) que, nessa passagem, enfatiza exatamente o que minha leitura pretende resgatar da experiência freudiana:

Freud assinalava desde o início que, para deixar de repetir, não basta lembrar-se abstratamente (sem afeto), nem formar um conceito em geral, nem mesmo representar, em toda sua particularidade o acontecimento recalcado: é preciso procurar a lembrança onde ela se encontrava, instalar-se de pronto no passado para operar a junção viva *entre* o saber e a resistência, *entre* a representação e o bloqueio. Não se cura, pois, por simples anamnese, como tampouco se está doente por amnésia. Neste caso, como em outros, a tomada de consciência é pouca coisa. A operação, bem mais teatral e dramática, pela qual se cura e pela qual também se deixa curar, tem um nome: transferência.

Assim, o resgate da associação livre/atenção flutuante e o trabalho de elaboração das resistências na clínica freudiana como condição *sine qua non* da problematização das

¹³Minha monografia de graduação, de especialização e também minha dissertação, todos realizados na Universidade Federal do Paraná, foram construídos em torno da produção teórica de Freud. Desde a monografia de graduação em Psicologia intitulada “Sobre a prática psicanalítica: articulações teórico-clínicas em Freud”, há, como o título anuncia, interesse em pensar a articulação entre teoria e clínica psicanalíticas.

transferências negativas, a partir da qual a interpretação tem valor na clínica, justifica nosso “retorno a Freud”.

Mas há ainda outro aspecto que leva ao desejo de voltar aos “clássicos”. No que diz respeito à teoria winnicottiana, o intuito é resgatar a dimensão diferencial da destrutividade e da agressividade em sua clínica e em sua teoria, que pode se perder em leitura apressada de “maternagem suficientemente boa”, que atenua a profícua discussão sobre os problemas da submissão ao ambiente e sobre o “interjogo entre separação e união” no desenvolvimento emocional. (Winnicott, 1971/1975)

Em relação à Ferenczi, consideramos que a discussão sobre o manejo proposta pelo autor possibilita estabelecer relações entre os problemas clínicos abordados por Freud e Winnicott. Ao longo de sua produção, aborda, por vezes, problemas afins à clínica winnicottiana mas se servindo de conceitos freudianos, em sua empreitada original de propor uma teoria para o trauma psíquico, o que o leva, por fim, a criar também um linguajar próprio. Mas o principal motivo de dar voz a Ferenczi é qualidade de testemunho de seus escritos, especialmente os últimos, revelando o campo de dificuldades e limites a partir dos quais se constrói sua clínica.

Por fim, havia o desejo de tentar dialogar a teoria da clínica – especialmente no que diz respeito ao manejo da agressividade – e os casos clínicos de cada um dos autores, com o intuito de evitar uma distância excessiva entre teoria e clínica na transmissão da psicanálise. Eu gostaria de saber o que os autores falaram sobre suas experiências singulares de manejo das transferências negativas na clínica.

Mesmo com a leitura de cada um dos autores, contemplados em capítulos distintos, ainda permanecia ainda uma questão. Como anunciamos, a ideia era evitar uma leitura rasa baseada apenas em divergências clínicas, como se fosse possível equivaler “manejo da transferência negativa em Freud = interpretação”, “Ferenczi e Winnicott = não interpretação, sustentação”, ou “Freud = simbolizável”, “Ferenczi e Winnicott = não simbolizável” o que desembocaria em ruptura paradigmática entre Freud, de um lado, Ferenczi e Winnicott, de outro. Mas também, não nos parecia razoável, nem coerente com a proposta dos autores, apontar uma “continuidade” entre Freud, Ferenczi e Winnicott, como se a psicanálise caminhasse para uma “teoria comum” ou como se, no fim das contas, todos os autores estivessem falando dos mesmos processos com linguagens diferentes.

O principal desafio era criar uma estratégia de abordagem do problema que contemplasse os três níveis de análise: metapsicologia, teoria da clínica e clínica (relatos de casos clínicos). Tentando contemplar as disparidades mas também as relações entre esses três níveis, surge a

estratégia de recorrer a uma imagem cartográfica, com leve inspiração em Deleuze e Guatarri (1980/2000), para construir a narrativa de nossa pesquisa. Tratava-se de uma imagem inicialmente acessória, que ajudava a nos situar entre os autores trabalhados, mas que foi ganhando relevância ao longo da construção do problema de pesquisa, na medida em que permite contemplar a multiplicidade de temas, conceitos e casos clínicos apresentados ao longo da tese.

1.2 Cartografias das transferências negativas

Escrever nada tem a ver com significar, mas com agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir. (Deleuze e Guatarri, 2000, p. 13)

Como recurso para preservar a relação complexa entre teoria e clínica e entre as teorias da clínica de cada um dos autores e a metapsicologia e tentar contemplar tanto os pontos de divergência quanto os pontos de contato entre os autores, partimos da analogia entre “mapa e território” e “transferência e vínculo”, inspirada em G. Bateson e utilizada por Radmila Zygouris em seu livro *Vínculo Inédito* (2003):

Como é que se faz um mapa? Com base nas diferenças de território. O território como tal não faz parte de nenhum mapa.... A relação vivida entre analista e analisando existe, antes de tudo, fora de qualquer mapa... na medida em que esta relação se dá num enquadre determinado, que exige uma leitura específica em relação a um campo de saber, existe uma espécie de mapa para separar do conjunto das manifestações da relação aquilo que pode ou não fazer parte do mapa. (Zygouris, 2003, p. 9)

O conceito de transferência proposto por Freud (1912a/2010a) poderia ser considerado um mapa inaugural, primeira delimitação teórica daquilo que faz vínculo entre analista e analisando. Com delimitação em ampla escala cartográfica, seria espécie de ponto de partida para exploração do território analítico. A imagem que criamos é a de Ferenczi e Winnicott se questionando sobre a relação entre esse mapeamento conceitual freudiano e o território clínico explorado por cada um dos autores. Como se cada um dos autores, de posse dos mapeamentos já realizados e a partir da exploração de diferentes dimensões do território, fossem esboçando outros traçados, transformando esse mapa inaugural e criando seus próprios mapas. Como resultado, a criação de uma cartografia própria mas herdeira das articulações freudianas.

Brincando com essa analogia, com a criação de mapas específicos sobre a teoria da clínica, chegou um momento em que pensamos que poderia ser interessante fazer uma sobreposição dos mapas, para ver quais seriam os pontos de contato entre eles. A surpresa foi perceber que é

justamente em situações limites do manejo que as teorias se encontram. Mas não se trata de sobreposições perfeitas. A imagem resultante se aproximaria mais de um rizoma (Deleuze e Guatarri, 1980/2000) do que da sobreposição de diferentes mapas referidos à exploração de um mesmo território analítico.

Se, do ponto de vista epistemológico, os diferentes paradigmas da psicanálise remetem a diferentes formas de configuração do mal-estar, como apontou Birman (2013), isso não significa que cada um dos autores, em seus percursos clínicos, no rés-do-chão de sua experiência clínica, não se deparassem com os limites do que sua própria teoria se propôs a problematizar.

A metáfora cartográfica, assim, ajuda-nos a lembrar, ao mesmo tempo, dos limites da teoria e dos limites e possibilidades de interlocução entre os autores, mas também nos permite tentar estabelecer alguns pontos de contato. Mas com a advertência de que a leitura não deve ter a pretensão totalizante. Um mapa deve necessariamente deixar coisas de fora sob o risco de perder sua função, como Jorge Luis Borges expõe com mestria:

Naquele Império, a Arte da Cartografia logrou tal perfeição que o mapa de uma única Província ocupava toda uma Cidade, e o mapa do império, toda uma Província. Com o tempo, esses Mapas Desmedidos não satisfizeram e os Colégios de Cartógrafos levantaram um Mapa do Império, que tinha o tamanho do Império e coincidia pontualmente com ele. Menos Adictas ao Estudo da Cartografia, as Gerações Seguintes entenderam que esse dilatado Mapa era Inútil e não sem Impiedade o entregaram às Inclemências do Sol e dos Invernos. Nos desertos do Oeste perduram despedaçadas Ruínas do Mapa, habitadas por Animais e por Mendigos; em todo o País não há outra relíquia das Disciplinas Cartográficas. Suáres Miranda: *Viajes de Varones Prudentes*, livro quatro, cap. XLV, Lérida, 1658. (citado e traduzido por José Borges Neto, 2004)

Ou, como afirma David-Menard (2014), na medida em que a psicanálise não é uma filosofia, mas uma experiência clínica, o analista estará sempre deparando com um além da teoria. A peculiaridade da experiência analítica é que ela se constrói de sujeitos que buscam a ajuda de outros porque algo não vai bem. Desse modo, em se tratando da clínica psicanalítica, a cada nova análise, um novo mapa precisa ser construído, de modo que todo mapeamento conceitual precisa ser suficientemente aberto e impreciso, para permitir que o analista o recrie a cada nova experiência.

Assim, é sempre arriscada a tarefa de articular clínica e metapsicologia. A metáfora cartográfica é a estratégia encontrada para pensar na teoria da clínica e a metapsicologia sem cair, de um lado, na mera descrição histórica, ou de outro, na apresentação formal e petrificada

dos conceitos em psicanálise. O grande desafio é manter viva a clínica na articulação conceitual sem cair na mera descrição dos fenômenos clínicos.

Em linhas gerais, a análise de relatos e publicações de casos clínicos é decerto arriscada, posto que seu relato implica na consideração histórica de seu contexto de publicação e no recorte realizado, seja pelo psicanalista, seja pelo analisando. Mas, em nosso percurso, é justamente pela parcialidade que podemos extrair a relevância dos casos trabalhados, na medida em que permitem revelar as relações entre manejo e a teoria da clínica. A percepção das disparidades e congruências entre os autores e entre os casos, se torna facilitada pelo nosso recorte no “manejo das transferências negativas”, porque apontam para os limites que perpassam o trabalho analítico. Há uma salutar distância entre teoria e clínica que aponta os “limites prescritivos” das orientações técnicas de cada um dos autores. A teoria da clínica não pode ser considerada um decalque e não é um intermediário perfeito entre a clínica e a metapsicologia. Seus princípios não são articuláveis formando Um, mas permitem entrelaçamento de diferentes níveis da experiência clínica e da teoria que dela derivam.

Esperamos assim, fazer bom uso da profícua não equivalência entre clínica, teoria da clínica e metapsicologia em cada um dos autores. Em nossa excursão pelos territórios analíticos de Freud, Ferenczi e Winnicott, buscaremos apreender as leituras de cada um dos autores sobre os limites e potencialidades que envolvem o manejo da transferência.

A tese se divide em dois capítulos. O primeiro sobre o manejo das transferências negativas em Freud e o segundo sobre o manejo das transferências negativas e destrutividade em Ferenczi e Winnicott. Em ambos os capítulos, o contexto histórico do movimento psicanalítico e as modalidades de sofrimento privilegiadas por cada um dos autores tangenciam a discussão. As inúmeras notas de rodapé do texto apontam possíveis interconexões entre os tópicos, na medida de sua aproximação e também de sua disparidade, mas a maior parte dos tópicos possui uma construção própria e alguma autonomia em relação aos outros.

O primeiro capítulo é mais “duro”. Realizamos um mapeamento histórico da teoria da clínica freudiana, a apresentação de casos clínicos e uma articulação metapsicológica a partir da figura clínica do masoquismo. Ao longo do percurso, pretendemos esboçar uma positividade da transferência negativa como resistência em análise. Embora estejamos seguindo, na maior parte do tempo, “ao pé da letra” a escrita freudiana, isso não significa que não haja uma posição na eleição das citações, textos e casos clínicos: nosso objetivo é enfatizar a dimensão de “flexibilidade” da clínica e da teoria da clínica freudiana. Se quiséssemos enfatizar seus

aspectos mais dogmáticos, o recorte certamente seria outro. Esse capítulo se divide em três partes:

Na primeira, realizamos um percurso que parte das primeiras menções sobre a transferência em Freud, buscando resgatar os primórdios das transferências negativas em sua teoria da clínica. Um trabalho descritivo – e ao leitor familiarizado possivelmente exaustivo – dos primeiros problemas clínicos que envolvem o surgimento do conceito de transferência, intimamente atrelada ao campo onírico, simbólico e desejante da histeria. Pretendemos destacar a transferência negativa como resistência compreendida em sua dimensão ambivalente e relativa ao complexo de Édipo, sendo *associação livre do paciente*, atenção flutuante do analista, princípio de abstinência e interpretação os fundamentos de seu manejo. Especialmente na análise do Homem dos Ratos, caso exemplar do manejo das transferências negativas, destacaremos que a articulação desses princípios à *luta para superação das resistências* se evidencia especialmente no encontro com um campo transferencial predominantemente hostil.

Na segunda parte do primeiro capítulo, pretendemos acentuar a abertura para outras dimensões do manejo das transferências negativas no percurso freudiano. Para tanto, esse tópico é dividido em três partes. Na primeira, centrada na teoria da clínica, pretendemos esboçar a ideia de que a compulsão à repetição, atrelada às noções de elaboração e construção, indicam uma abertura para a implicação do analista no manejo transferencial. Em seguida, passaremos pela leitura freudiana da paranoia e da melancolia, relacionada à introdução dos conceitos de narcisismo e identificação e pela discussão sobre os limites do analisável na clínica psicanalítica. Para finalizar o tópico, recorreremos a casos clínicos de Freud – o Homem dos Lobos, a Jovem Homossexual e o caso AB –, com o intuito de demonstrar que o território clínico explorado por Freud permite entrever dimensões no manejo da agressividade não contempladas em sua teoria da clínica, mas que abrem caminho para a interlocução com os mapeamentos da transferência e da contratransferência realizados por Ferenczi e Winnicott.

Na terceira e última parte sobre Freud, a articulação entre teoria da clínica e metapsicologia cresce em densidade. A partir da segunda tópica e da teoria da pulsão de morte, fazemos uma leitura centrada na figura clínica do masoquismo. Começamos pelas fantasias masoquistas e passamos pela discussão freudiana sobre masoquismo erógeno e masoquismo moral – construída a partir da discussão sobre a reação terapêutica negativa e a adesividade transferencial, o que permite dar relevo a outras formas de resistir que não aquelas apresentadas na primeira tópica. Para tanto, retomaremos as considerações sobre a clínica em *Esboço de Psicanálise* que ao mesmo tempo reafirmam os princípios da teoria da clínica e apontam novos

horizontes de manejo. Diante da adesividade transferencial, pretendemos esboçar uma leitura da transferência negativa que a compreende como a criação da possibilidade de resistir *no* trabalho analítico. Nesse percurso, a relação entre *pulsão de destruição e o estabelecimento dos limites do eu* surge como elemento chave.

No capítulo seguinte, de posse dos mapeamentos realizados por Freud e a partir do percurso clínico de S. Ferenczi em diálogo com a produção de D. Winnicott, pretende-se mapear uma dimensão do manejo das transferências negativas que, para além da interpretação, consiste na sobrevivência do analista aos movimentos destrutivos do paciente, como condição para elaboração. Para tanto, trataremos da distinção entre transferência negativa neurótica e raiva contra as falhas do analista, que consideramos herdeira da virada clínica que permitiu à Ferenczi levar em conta a elasticidade do analista na clínica. Os conceitos de identificação ao agressor, em Ferenczi, e falso *self* em Winnicott são os operadores teóricos que norteiam a articulação sobre a problemática da submissão na clínica psicanalítica. São pacientes que acarretam “pesada carga psíquica para o analista” (Winnicott, 1947/2000, p. 287), os que primeiro são levados para supervisão, os que nos fazem pensar sobre os limites do analisável e que atualizam, de alguma maneira, as discussões freudianas sobre o masoquismo.

Para tanto, na primeira parte do capítulo, realizaremos um percurso sobre a teoria da clínica ferencziana, mostrando sua discussão que relaciona transferência negativa, resistência e narcisismo do analista, o que culmina na elasticidade da técnica analítica. A partir de então, faremos uma apresentação de sua teoria do trauma, que resulta na sua teoria da clivagem e identificação ao agressor, dando outros contornos para a leitura do masoquismo. A interpretação da agressividade do paciente está, nesse momento, fora do horizonte clínico sendo a disponibilidade do analista em suportar os movimentos destrutivos do analisando condição do manejo, o que traz à tona uma importante discussão sobre os limites do analista na clínica. Os casos S.I. e R.N. (Elisabeth Severn) ilustram as dificuldades de manejo implicadas na clínica ferencziana.

No percurso em Winnicott, encontraremos um manejo da agressividade mais matizado, o que permite a interlocução com a teoria da clínica de Freud e Ferenczi. Partiremos das formas clínicas da transferência e de sua leitura da contratransferência, tentando demonstrar que a destrutividade perpassa de ponta a ponta sua teoria do desenvolvimento emocional e também sua problematização sobre a clínica. As análises de Margareth Little e o caso B. pretendem demonstrar que a leitura do manejo em Winnicott – ancorada no *holding* e regressão à dependência na interpretação, no brincar como horizonte clínico, no uso das falhas do analista

e da destruição/sobrevivência do analista – explicita a implicação do analista na clínica e apresenta outras vias para pensar o problema da submissão na clínica. O analista precisa oferecer o *holding*, mas também a resistência necessária para que a destrutividade na clínica possa encontrar espaço de manifestação e exercer, a partir da criação de um espaço intermediário entre analista e analisando, sua função diferenciadora.

O MANEJO DAS TRANSFERÊNCIAS NEGATIVAS EM FREUD

2.1 Resistência e interpretação no manejo das transferências

2.1.1 Primeiros traçados da transferência em *Psicoterapia da Histeria*

As clássicas imagens de pacientes histéricas em cenas exuberantes, publicadas em *Iconographie photographique de La Salpêtrière* (1878), renovam a lembrança do contexto no qual emergiu a psicanálise e, também, o caráter inédito da invenção freudiana. Na clínica psicanalítica nascente, a catalogação médica de manifestações sintomáticas e a exibição pública e iconográfica dos pacientes histéricos foram substituídas pelo modelo clínico que deslocou a cena da histeria para a construção de um teatro particular, singular e histórico, no qual a relação analítica adquire rapidamente relevância. Na tentativa de criar um modelo teórico e uma teoria da técnica que permitisse sistematizar e apreender as inesperadas dificuldades da experiência clínica oriundas da relação entre analista e paciente, Freud recorre à noção de *transferência*.

Mas antes da primeira aparição no contexto da clínica, Freud havia falado da transferência para o verbete “histeria” que fez para a enciclopédia Villaret, em 1888. Freud nota uma capacidade de deslocamento nos sintomas histéricos e sua suscetibilidade à influência:

Pelo uso de métodos ‘estesiogênicos’ podemos transferir uma anestesia, paralisia, contratura, um tremor, etc. para área simétrica da outra metade do corpo (“*transfert*”) através do que o lugar originalmente afetado se normaliza... Assim, por exemplo, as contraturas se deixam curar, quando se consegue levar as mesmas a uma transferência por meio de um imã. Pela repetição da transferência, a contratura enfraquece e, afinal desaparece. (Freud, 1888/1996, pp. 85 e 93)

A partir da influência que um imã pode exercer em um sujeito, Freud supõe que pode haver também uma influência mútua entre dois sujeitos, o que seria uma chave importante para compreender o que está em jogo na sugestão hipnótica. (Katz, 1992, p. 43)

A descoberta desses sintomas e seus deslocamentos, que não seguem o funcionamento do corpo orgânico e são passíveis de transformação a partir da influência externa, formam o solo de onde nasce a teoria da clínica freudiana. Assim, é do campo de *aimance*¹⁴, como afirma Zygouris (1999, p. 28), e da possibilidade de associação e influência mútua entre os corpos e psiquismos (Katz, 1992, p.44), que Freud extrai o conceito de transferência.

O conceito de transferência emerge do trabalho com pacientes com grande capacidade associativa, aptos a estabelecer relações e fazer ligações. Não é pouco relevante que Anna O.,

¹⁴ No original *aimance* que, em francês, une as palavras *aimer* (amar) e *aimant* (imã).

a “inventora” da *talking cure*, tivesse “dom assombrosamente agudo para associações”, como anotou Breuer em seu relatório sobre o caso. Peter Gay (2002, p.75) ressalta o campo de fantasias dessa paciente inaugural: “um dos motivos que fizeram de Anna O. uma paciente tão exemplar é que ela realizou sozinha grande parte do trabalho de imaginação”. Em 1914, em *História do movimento psicanalítico*, Freud destacará o forte *rapport* sugestivo da paciente de Breuer e o simbolismo sexual de seus sintomas (Freud, 1914/1996). Neste campo profícuo para o estabelecimento de ligações – campo de *Eros*, por excelência (Freud, 1920/2006) – é que o manejo da transferência em Freud ganha seus contornos e no qual a dimensão paradoxal e ambivalente do amor de transferência operará como *veículo* para o tratamento.

Pretendemos demonstrar como a positividade desejante da histeria, colocada em cena pela experiência analítica, fundamenta a problematização freudiana do manejo transferencial. Nesse contexto os afetos hostis dirigidos ao analista – ponto de partida de nossa articulação teórica – serão inscritos no “registro do sintoma e da sexualidade”. (Birman, 2009a)

2.1.1.1 *Obstáculos na relação analista-paciente em Psicoterapia da Histeria (1895)*

Os relatos de caso e os textos teóricos que integram *Estudos sobre histeria* (1895/1996), de autoria de Freud e Breuer, demonstram o percurso que vai do abandono da hipnose à associação livre, e permitem a reconstrução do contexto clínico a partir do qual os conceitos de resistência e de transferência começam a ser mapeados. *Estudos sobre histeria* (1895/1996) conserva o frescor da psicanálise em estado nascente: a íntima relação entre clínica e teoria se faz notar de forma ímpar. Último dos textos que integram a publicação, *Psicoterapia da histeria* (1895), escrito somente por Freud, contém a primeira ocorrência do termo transferência no contexto da clínica.

Quando escreve *Psicoterapia da Histeria* (1895), Freud está em vias de consolidar sua etiologia sexual da neurose e conta, em seu corpo conceitual, com as noções de conflito e defesa (Freud, 1894/1996), que acrescem sentido *dinâmico*, às dimensões *econômica* (ab-reação) e *tópica* (estados hipnóides), contempladas em *Comunicação Preliminar* (Breuer e Freud, 1893/1996). Além disso, no ano da publicação deste texto, Freud escreve o nunca publicado *Projeto para uma psicologia científica* e tem o famoso sonho da injeção de Irma, sonho programático da obra inaugural da psicanálise (Freud, 1900/1996) e que receberá, ao longo da história, dezenas de interpretações acerca das possíveis transferências em jogo na sua elaboração. (Roudinesco e Plon, 1998, p.398)

Ao escrever *Psicoterapia da histeria* (1895), Freud objetiva fazer um “relato coerente” das potencialidades do método catártico, “dos aspectos em que ele consegue mais do que os outros métodos, da técnica pela qual funciona e das dificuldades com que se defronta.” (Freud, 1895/1996, p.271) Trata-se de uma primeira tentativa de mapeamento conceitual do que se passa no território analítico. Freud destaca as “perturbações” da relação entre médico e paciente, com papel “indesejavelmente grande” e “inevitável” na condução do tratamento.

São três as principais formas de queixas do paciente relativas ao médico destacadas por Freud: a perda da confiança no médico e no método de tratamento; o medo da dependência e, por fim, a emergência de afetos aflitivos relacionados ao médico. O conceito de transferência será utilizado para apreender *apenas* essa terceira forma de resistência.

Freud se refere a essa *resistência relativa à transferência*, em situações nas quais o paciente transfere para o analista representações aflitivas que surgem durante a análise. Normalmente, são *afetos dolorosos*, frutos de repúdio psíquico que estão na base da formação do sintoma histérico e que se transferem para a situação atual.

O fundamento para tal articulação se encontra, em grande parte, em sua teoria da ab-reação, publicado dois anos antes, em *Comunicação Preliminar* (1893/1996). Escrito em parceria com Breuer, esse texto consiste no mapeamento teórico resultante do território explorado nos primeiros anos da psicanálise. A teoria do trauma psíquico contemplada nesse texto – que será retomada de maneira original por Ferenczi (1930a/2011) mais de trinta anos depois em sua teoria da *neocatarse* – merece ser resumida por explicitar a relevância do ponto de vista econômico nos primeiros anos da psicanálise: o sintoma histérico se relaciona à impossibilidade de realizar uma descarga afetiva, em função de um conflito psíquico (desejo repudiável ou impossibilidade de agir em função de uma proibição) ou de uma impressão recebida em situação na qual “o sistema nervoso” não estava em condições de efetuar descarga [*abfuhr*].¹⁵ (Freud, 1893/1996)

Essa descarga pode ser realizada por reação motora (por palavra ou ato) ou por atividade associativa do pensamento. Para que a lembrança de uma experiência aflitiva se esmaça é necessária uma reação energética ao fato capaz de descarregar o afeto, mas quando a reação é impedida de ocorrer, o afeto fica vinculado à lembrança e se manifesta através do sintoma.

¹⁵ Segundo Hanns (1996, p.130-132), “o verbo *abführen* significa genericamente ‘conduzir daqui’ (para além), ‘levar embora’. O substantivo *abfuhr* designa um movimento de ‘retirada’, ‘escoamento’. Ambos evocam imagens ligadas aos desdobramentos do ato de retirada: a utilização de um suporte que carrega o objeto, conduzindo-o, através de uma via, para fora. Algo diverso de uma ‘descarga’ ou ‘disparo’ abrupto.

Em carta a Breuer, escrita em 1892, Freud anuncia o *princípio de constância* e sua relação com o trauma psíquico. Seu enunciado subjaz toda a formulação teórica sobre a histeria descrita no texto e contribui para a compreensão da concepção de psiquismo e da patogênese da histeria neste momento da obra de Freud e também para o resgate realizado, anos depois, por Ferenczi¹⁶:

O sistema nervoso procura manter constante nas suas relações funcionais, algo que podemos descrever como a “soma da excitação”. Ele executa essa precondição da saúde eliminando associativamente todo acúmulo significativo de excitação ou então descarregando-o mediante uma reação motora apropriada. Se partirmos desse enunciado, o qual, aliás, tem implicações de amplo alcance, verificaremos que as experiências psíquicas que formam o conteúdo dos ataques histéricos têm uma característica que lhes é comum. Todas são impressões que não conseguiram encontrar uma descarga apropriada, seja porque o paciente se recusa a enfrentá-las por temor de conflitos mentais angustiantes, seja porque (tal como ocorre no caso das impressões sexuais) o paciente se sente proibido de agir, por timidez ou condição social, ou, finalmente, porque recebeu essas impressões num estado em que seu sistema nervoso estava impossibilitado de executar a tarefa de eliminá-las. (Freud, 1940/1996, p. 196)

Os sintomas histéricos, portanto, se relacionam à impossibilidade de descarga que ocorre em função do medo de enfrentar conflitos mentais angustiantes, da impotência de agir em função de proibições ou pela ausência de condições do próprio “sistema nervoso”. Em *As Neuropsicoses de defesa* (1894), o argumento inclui a dimensão dinâmica, a partir da consideração de um aparelho de memória. À tensão/descarga é acrescida a possibilidade de crescimento, diminuição e deslocamento no próprio interior do aparelho, que se espalha sobre os “traços de memória” (Freud, 1894/1996, p. 73). Essa passagem feita por Freud, já anunciada em *Projeto para uma psicologia científica* (1950[1895]/1996) fundamenta a elaboração de sua teoria do aparelho psíquico apresentada em *Interpretação dos sonhos* (1900/1996) e anuncia o campo a partir do qual a teoria da clínica freudiana irá se inscrever. Quando Ferenczi resgata a teoria da catarse freudiana, estará se referindo ao traumático que incide de tal maneira que impossibilita esse deslocamento “no próprio interior do aparelho”.¹⁷

Assim, no tratamento clínico, *em vez da lembrança*, o paciente transfere a cena traumática para a situação clínica, impedindo o trabalho de seguir. O desejo é ligado ao analista, gerando uma *mésalliance* – uma “falsa ligação” (Freud, 1895/1996, p. 315). Essas transferências tem um curioso caráter ilusório e também compulsivo: “Desde que descobri isso, tenho podido, todas as vezes que sou pessoalmente envolvido de modo semelhante, presumir que uma transferência e uma falsa ligação tornaram a ocorrer. Curiosamente, a paciente volta a ser enganada todas as vezes que isso se repete.” (Freud, 1895/1996, p. 315)

¹⁶ Cf. 3.2.3 Elasticidade na técnica analítica e a traumatogênese ferencziana.

¹⁷ Cf. 3.2.4 Identificação ao agressor: do ódio à submissão.

Para contornar essas resistências de transferência, Freud afirma que a primeira tarefa é tornar o “obstáculo consciente para o paciente”, demonstrando que o repúdio psíquico às ideias referentes ao analista possui origem na história do paciente. A partir de então, seria preciso “induzir o paciente a produzir informações que dissessem respeito a relações aparentemente pessoais e onde a terceira pessoa coincidissem com a figura do médico”. (Freud, 1895/1996, p.315) Em outras palavras, tratava-se de remeter a transferência a seu contexto de origem, como forma de superar esse obstáculo.

Inicialmente, além do susto das pacientes ao se dar conta das transferências, o próprio Freud parecia se sentir incomodado com os afetos que lhe eram dirigidos:

A princípio, fiquei muito aborrecido com esse aumento de meu trabalho psicológico, até que percebi que o processo inteiro obedecia a uma lei; e então notei também que esse tipo de transferência não trazia nenhum aumento significativo para o que eu tinha de fazer. Para a paciente, o trabalho continuava a ser o mesmo: ela precisava superar o afeto aflitivo despertado por ter sido capaz de alimentar aquele desejo sequer por um momento; e parecia não fazer diferença para o êxito do tratamento que ela fizesse desse repúdio psíquico o tema de seu trabalho no contexto histórico, ou na recente situação relacionada comigo. (Freud, 1895/1996, p. 315).

Apontar a transferência feita pelo paciente permite prosseguir na associação dos sentimentos dolorosos, repudiáveis e hostis e torna possível, para terapeuta e paciente, a continuidade do trabalho. Freud e os pacientes parecem ficar menos aborrecidos ao se dar conta da falsa ligação realizada pela transferência. No entanto, no que diz respeito à direção do tratamento, Freud percebe que não há diferença em tratar do repúdio psíquico no contexto histórico ou na relação terapeuta-paciente. Ou seja, apesar de compreendida como *falsa ligação*, Freud não questiona a autenticidade dos afetos dolorosos e da hostilidade trazidos à situação analítica. Pelo contrário, dá espaço para sua manifestação, e atribui estatuto clínico bastante semelhante à *verdade*¹⁸ histórica e à *falsa ligação*, considerando as transferências em sua reversibilidade e plasticidade, sentido presente em *Übertragung*, mas que se perde na tradução “transferência” em português.¹⁹

¹⁸ Neste momento, Freud não parece estar muito seguro quanto à verdade histórica das associações das pacientes. Questiona-se se o tratamento lida com pensamentos que *realmente* ocorreram na ocasião do trauma, ou “com pensamentos que nunca ocorreram, que meramente tiveram uma *possibilidade de existir*” (Freud, 1895). É verdade que a teoria da ab-reação em *Comunicação Preliminar* aponta para um evento traumático que *realmente aconteceu*. Ou seja, Freud não duvida da ocorrência do trauma, mas da ocorrência dos pensamentos e associações a ele relacionados.

¹⁹ *Übertragung* [transferência] guarda, na língua alemã, essa plasticidade e reversibilidade, segundo Hans (1996, p. 412): “Conotativamente pode-se dizer que, em geral, no termo *übertragen* há um ‘arco’ que mantém aceso o processo de ida e vinda, seja temporalmente, entre o passado e a atualidade, seja geograficamente, entre o longe e o perto, ou de uma pessoa a outra”. *Übertragung* tem portanto, sentido diferente do uso corriqueiro de transferência

Poder assumir na consciência [*Annahme*] as transferências, inseri-las em nexos associativos, apontar sua dimensão ilusória e compulsiva parecem ser os principais elementos do manejo da transferência neste período nascente da psicanálise. Embora Freud estivesse cada vez mais ciente do caráter sobredeterminado do psiquismo, o manejo da transferência ainda visava encontrar, intencionalmente, o nexo associativo entre a transferência e a origem do sintoma, característica que vai se modificar a partir da consolidação definitiva da associação livre. Trata-se de trabalho ativo do analista, cujo exemplo mais significativo é a pressão na testa que Freud utiliza no caso Elizabeth (Freud, 1895/1996).

No entanto, Freud já esboça algo além da busca da origem histórica da transferência. Com sua costumeira idealização de Freud, Ferenczi (1930a/2011, p. 62) destaca que Breuer, diante das intensidades da paixão transferencial recua, desiste: “ele só pôde acompanhar sua paciente na medida em que as declarações e o comportamento dela evoluíam no quadro do decoro”. Freud vai adiante. Percebe, paulatinamente, que a cooperação do paciente muitas vezes se torna “um sacrifício pessoal que deve ser compensado com algum substituto de amor”, mas que “o empenho do médico e sua cordialidade *têm que bastar* na condição desse substituto.” (Freud, 1895/1996, p. 313) [itálicos nossos]

Diante da resistência, o terapeuta aparece implicado no manejo da transferência, com uma dimensão de reserva e limite (Figueiredo, 2008), mas também de cordialidade e empenho. Lagache (1952/1990) afirma que essas considerações de Freud nos textos iniciais são ainda permeadas pelo *bom senso*. No entanto, mais que mero bom senso, parecem demonstrar que Freud estava diante dos problemas clínicos centrais relativos ao manejo que o acompanhariam ao longo de toda sua produção teórica. Ao esboçar uma dimensão de implicação do analista – “trabalho do médico”, “cordialidade”, “discrição”, “empenho” e “paciência” – Freud (1895/1996) aponta para uma dimensão do manejo *na* situação analítica. Será a partir deste cenário que o princípio de abstinência será formulado, anos depois, como o que possibilita o manejo dessa força de atração do campo transferencial. (Freud, 1915/2010a).

Schneider (1993), com notável inspiração ferencziana, enfatiza a dimensão afetiva nas análises das pacientes atendidas por Breuer e Freud. A autora problematiza os sentidos da palavra *Annahme* – traduzida para o português, na Edição Standard (Freud, 1996) por *tomada de consciência*. Segundo a autora, o uso freudiano da *annahme* tem um sentido mais abrangente e operativo na clínica do que a recordação, a representação consciente da cena traumática, pois

em português, que carrega a ideia de mudar ou passar para outro lugar, data ou pessoa (*Foi transferido de cargo, de cidade, de data*, por exemplo), com ênfase no destino da ação.”

refere à ideia de *trazer para si*. No mesmo sentido, Hanns destaca, em nota de tradução (Freud, 1925/2007, p. 152, n.8), que *annahme* implica em *aceitação*, isto é, “envolve uma incorporação do conteúdo e das implicações daquela ideia para além da mera racionalização”.

Outra interessante questão trazida pela autora versa sobre a existência de identidade de essência entre o afeto sentido na experiência traumática e a experiência da catarse na clínica. Aponta que o afeto no trauma não pôde ser sentido como tal, sendo a experiência vivida mais como um golpe na nuca do que como um afeto excedente. Assim, os afetos seriam despertados, trazidos à luz, através da análise. Em outras palavras, Schneider (1993) responde afirmativamente à questão formulada por Freud, sobre a possibilidade da análise produzir atos psíquicos que não se manifestaram na ocasião do trauma. Há produção de diferença e criação nas experiências inaugurais da clínica psicanalítica.

Se, ainda com Schneider (1993), em vez da ênfase na rememoração, focarmos na circulação afetiva que a clínica freudiana neste momento proporciona, torna-se compreensível o contorno que o conceito de transferência proporciona à relação analítica: ao nomear o que se passa em termos de transferência é possível criar a distância necessária para que a circulação afetiva produza sentidos. A ideia de Winnicott (1960b/1983) de pensar a transferência como *simbolismo* que torna a análise – em “sentido clássico” – possível parece ter aí um de seus antecedentes.²⁰

Além disso, o caráter simbólico da transferência carrega também uma promessa de “*dissipação da transferência com a conclusão da análise*”. Vale notar, “dissipar” remete à ideia de espalhar, dispersar, o que é coerente com a dimensão afetiva e com sentido ligeiramente diferente da ideia de *liquidação da transferência*, que encontraremos em escritos freudianos posteriores – no caso Dora (Freud, 1905a/1996), por exemplo. Assim, o problema do fim da análise, abordado em *Análise terminável e interminável* (1937a/1996), aparece em *Psicoterapia da Histeria* (1895/1996), menos como discussão teórica e mais como condição do manejo. A dimensão paradoxal da transferência começa a se esboçar: a garantia da presença, mas também da ausência do analista (Zygouris, 1999), do estabelecimento, mas também da dissipação da transferência é o que torna o trabalho clínico possível.

Mas como anunciamos anteriormente, há ainda, em *Psicoterapia da histeria*, outras duas formas de “obstáculos” ao tratamento que não são compreendidas em termos de *resistências de transferências*. A primeira delas, Freud chama de queixas relacionadas à “*desavença pessoal entre médico e paciente*”. Trata-se da crença de que a paciente foi “negligenciada, muito pouco

²⁰ Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre necessidade e desejo.

apreciada ou insultada” e da reação a “comentários desfavoráveis sobre o médico ou sobre o método do tratamento”. Lagache (1952/1990, p. 9) refere-se a essas queixas como “reações persecutórias”, quando o “amor-próprio” do paciente estaria posto em xeque. De fato, nossa leitura retroativa permite apontar que esse campo de dificuldades clínicas pode remeter à problemática do narcisismo (Freud, 1914/2010b) e a outros problemas clínicos a ele relacionados. No entanto, a teoria psicanalítica aqui ainda está em estado nascente. Freud nota manifestações de excessiva desconfiança ou sensibilidade em suas pacientes histéricas, ainda que convivendo com momentos de confiança e cooperação. O psicanalista percebe como obstáculo as críticas hostis dirigidas ao analista e responde no sentido de restabelecer o clima de cooperação mútua. Solução bastante distinta do manejo das resistências compreendidas como transferências, que entram em nexos associativo e permitem a circulação afetiva necessária ao trabalho clínico.

O outro tipo de queixas típicas apontadas por Freud estaria relacionado ao medo de se acostumar demais com o médico, tornar-se dependente. Freud não menciona as estratégias utilizadas na superação dessas dificuldades, tampouco as relaciona à resistência de transferência.

Assim, embora destacadas como resistências importantes ao trabalho clínico, não parece haver necessidade clínica de mapear as críticas, acusações e medos relatados pelo paciente do ponto de vista de sua significação psíquica. Talvez isso ocorra porque a matriz clínica da histeria, à primeira vista, não demanda articulações sobre a questão da confiança/desconfiança, dependência/independência, sendo o campo dos desejos e dos conflitos os predominantes no vínculo médico-paciente. Nos casos limites, como veremos, confiança e dependência serão elementos chave. Aqui, são as “resistências relativas à transferência” o solo clínico a partir do qual o conceito de transferência ganhará seus contornos teóricos, que pressupõe a confiança e possibilidade de influência do médico – “condição *sine qua non* para a solução do problema.” (Freud, 1895/1996, p.280-281)

Mas Freud não encerra as considerações no relato sobre os pacientes. Menciona também a necessária confiança e investimento do clínico para que o trabalho possa acontecer: “O trabalho é laborioso e exige muito tempo do médico. Pressupõe grande interesse pelos acontecimentos psicológicos, mas também um interesse pessoal pelos pacientes.” (Freud, 1895/1996, pp. 280-281).

2.1.2 Transferência e interpretação no Caso Dora

Fragmento da análise de um caso de histeria (1905), texto paradigmático para o estudo da transferência na história da psicanálise, foi escrito com o intuito de demonstrar os processos psíquicos em jogo na histeria e a interpretação dos sonhos na análise. Freud articula os principais elementos de sua metapsicologia à análise dos sintomas histéricos de Dora: o inconsciente, desejos recalcados relativos ao Édipo e sexualidade infantil. Nos três primeiros capítulos, essencialmente teóricos, Freud apresenta de maneira sistemática e organizada a interpretação de dois dos sonhos trazidos por Dora. Consideramos significativo que as interpretações dos sonhos sejam eleitas por Freud para abordar o caso, pois parece refletir o *modus operandi* da técnica analítica nesses primeiros anos: a construção de uma constelação interpretativa dos sintomas dos pacientes, segundo o modelo de aparelho psíquico apresentado em *Interpretação dos sonhos* (1900). O ponto mais abordado pelo campo psicanalítico no estudo do caso Dora, porém, é a discussão sobre o manejo e a interpretação do que estava em jogo na transferência, e sobre o que teria levado Dora ao abandono precoce do tratamento, tema discutido por Freud no *Pós-facio* do caso. (Neyraut, 2008, Katz, 1992)

A interpretação que Freud dá ao abandono do tratamento por Dora, após três meses de tratamento, ilustra uma posição que, a um só tempo, reconhece a importância dos afetos hostis no campo transferencial e a necessidade de interpretá-los. Freud entende que negligenciou os sinais de hostilidade que lhe eram dirigidos e que poderiam operar como resistência:

Não consegui dominar a tempo a transferência; graças à solicitude com que Dora punha à minha disposição no tratamento uma parte do material patogênico, esqueci a precaução de estar atento aos primeiros sinais da transferência que se preparava com outra parte do mesmo material, ainda ignorada por mim. (Freud, 1905a/1996, p. 113)

Nesses primeiros anos de clínica, a ênfase de Freud estava nas transferências edípicas, o que se evidencia na análise do primeiro sonho de Dora. O analista é colocado no lugar do pai, o que é corroborado pelas associações da paciente: “Dora até chegou a me comparar com ele conscientemente, buscando, angustiada, assegurar-se de minha completa sinceridade para com ela, já que seu pai ‘preferia sempre o segredo e os rodeios tortuosos’”. (Freud, 1905a/1996, p. 113)

Freud percebe o lugar paterno que assume na fantasia de Dora mas, segundo ele próprio, não percebeu que o deslocamento feito pela paciente, que o colocou também no lugar do Sr. K., foi a causa da interrupção da análise: “Assim, fui surpreendido pela transferência, ...ela se vingou de mim como queria vingar-se dele e me abandonou como se acreditara enganada e abandonada

por ele.” (Freud, 1905a/1996, p. 113) Assim, Dora “atuou uma parte essencial de suas lembranças e fantasias, em vez de reproduzi-las no tratamento”. A resistência, diz Freud, pode ser uma forma de vingança:

Quando, no decorrer do tratamento, as moções de crueldade e os motivos de vingança já usados na vida do paciente transferem-se para o médico, antes que ele tenha tido tempo de afastá-los de sua pessoa reconduzindo-os a suas origens, não surpreende que o estado do enfermo não exiba a influência de seu empenho terapêutico. De que maneira pode o doente vingar-se com mais eficácia do que demonstrando, em sua própria pessoa, quão impotente e incapaz é o médico? (Freud, 1905a/1996, p. 115)

A hipótese de Freud parece ser a seguinte: se tivesse interpretado a transferência hostil a tempo, poderia ter impedido o abandono do tratamento. Freud entende que houve um “erro técnico” relacionado à impossibilidade de reconhecimento das transferências e identificações em jogo. Anos depois, ele aprimorará a hipótese, levando em conta sua impossibilidade, durante o tratamento, de perceber a corrente homossexual de Dora, relativa a Sra. K. (Freud, 1905a/1996, p. 114, n.2). Subjacente a essa leitura, parece estar a ideia de que traduzi-la para o paciente assim que é constatada pode evitar que a transferência opere como resistência e leve à atuação do paciente. É notável a atividade do analista que busca decifrar, um a um, cada aparecimento da transferência. Posição distinta do que aparecerá nos posteriores textos sobre a técnica (Freud, 1911-1915/1996), nos quais Freud enfatizará a diferenciação entre o saber do analista e o do paciente, bem como o respeito ao tempo necessário para realizar uma interpretação.

Ademais, cabe destacar, Freud está advertido sobre estar no campo das conjecturas quando aborda as transferências “não analisadas” do caso. Sobre o que teria levado Dora ao abandono do tratamento, diz: “Naturalmente, não sei dizer o que era esse X.” (Freud, 1905a/1996, p.113). O que de fato consta é que a paciente não mais retorna após uma sessão que se encerra com uma longa interpretação de Freud sobre o segundo sonho, que a paciente escuta sem contradizer “como de costume”. Quinze meses depois, Dora ainda procura Freud, mas o tratamento não continua: “uma olhadela para sua expressão revelou que ela não levava a sério este pedido.” (Freud, 1905a/1996, p. 115)

As inúmeras publicações, releituras e reinterpretações do caso Dora, ao longo da história da psicanálise²¹ serão dedicadas a reconstruir esse “x”, passando pelas possíveis transferências e

²¹ Um panorama das múltiplas leituras do caso Dora na psicanálise é realizado no livro organizado por Chaim Katz (1992), intitulado *A histeria, o caso Dora: Freud, Melanie Klein, Jacques Lacan* que, como o título anuncia, contém artigos que apresentam o caso Dora por um viés freudiano, lacaniano e kleiniano.

identificações de Dora pelas possíveis atuações contratransferenciais de Freud. Em relação a isso, Chaim Katz (1992) adverte:

Cada comentador se esmera em marcar que as dificuldades de Freud se deveram principalmente ao fato de não ter ele reconhecido a transferência de Dora. Mas é preciso não esquecer que o próprio Freud já o reconheceu no *Posfácio* do escrito, e que essa “*mea culpa*” nada acrescenta à repetição constatatadora do fato. (Katz, 1992, p. 7)

Levando em conta essa advertência, o percurso de mapeamento da teoria da clínica freudiana torna-se mais profícuo. Em vez de enfatizar as possíveis “falhas” de Freud, nosso interesse é desvendar o mapeamento que emerge desse campo de dificuldades clínicas, especialmente no que diz respeito às transferências negativas. E nesse sentido, o caso Dora é exemplar, pois traz a transferência para o centro do tratamento e inclui os “afetos hostis” no rol dos afetos transferíveis em análise.

No texto, Freud apresenta a primeira clássica definição das transferências – note-se o plural, como atenta Neyraut (2008) – na clínica psicanalítica: “O que são *as transferências*? São reedições das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico” (Freud, 1905a/1996, p.11).

A interpretação dos afetos hostis atrelada à trama edípica de Dora (Freud no lugar do pai, do Sr. K., Sra. K...) revelam a concepção freudiana da ambivalência amor e ódio e a faceta agressiva e amorosa do complexo de Édipo, narrada em *Interpretação dos Sonhos* (1900). É a partir do campo das fantasias sexuais que os sintomas de Dora se articulam e se desfazem e é pelo viés da sexualidade que Freud interpreta a arrogância, o desprezo, a raiva, punição, críticas, autocríticas e todos os demais afetos hostis de Dora.

Quando publica o caso, em 1905, seis anos após ter atendido Dora, a associação livre, regra fundamental do trabalho analítico, já está estabelecida. Os pacientes são instigados a dizer “tudo o que lhe passar pela cabeça, mesmo o que julgarem sem importância, ou irrelevante, ou disparatado” (Freud, 1904/1996, p.237). A técnica se transformou desde *Estudos sobre histeria* (1895):

Naquela época o [trabalho de análise] partia dos sintomas e visava esclarecê-los um após o outro. Desde então, abandonei esta técnica por achá-la totalmente inadequada para lidar com a estrutura mais fina da neurose. Agora deixo que o próprio paciente determine o tema do trabalho cotidiano, e assim parto da superfície que seu inconsciente ofereça a sua atenção naquele momento. Mas desse modo, tudo o que se relaciona com a solução de determinado sintoma emerge em fragmentos,

entremeado com vários contextos e distribuído por épocas amplamente dispersas. (Freud, 1905a/1996, p. 23)

Mas na análise de Dora ainda predominaria uma insistência ativa na busca de conteúdos que proporcionassem a elucidação dos sintomas. O relato de Dora, como afirma Katz (1992, p.52), estava muito mais próximo da confissão do que do trabalho de superação das resistências, na medida em que, na confissão, o lugar do psicanalista está marcado com um saber que antecede o relato. No mesmo sentido, conclui Schneider (1993), a associação livre, que teve seu ápice em Anna O., precisaria de anos para reencontrar o seu lugar na teoria da técnica freudiana.

Assim, como destaca Freud aproximadamente dez anos após a publicação do caso, a insistência na busca de conteúdos começa a passar por uma transformação. Em 1914, Freud percebe que foi somente quando conseguiu permitir à Dora o trabalho associativo, abrindo mão das exigências diretas, é que vieram os sonhos-chave para a leitura do caso (Freud, 1914/1996, p. 21).

Nesse percurso, o manejo da transferência tornou-se uma necessidade clínica, ainda que, em primeiro momento, indesejável:

Quando se penetra na teoria da técnica analítica, chega-se à concepção de que a transferência é uma exigência indispensável. Na prática, pelo menos, fica-se convencido de que não há nenhum modo de evitá-la, e de que essa última criação da doença deve ser combatida como todas as outras. (Freud, 1905a/1996, p.111)

Enquanto as outras técnicas trabalham apenas com transferências “ternas e amistosas”, a psicanálise é capaz de despertar e manejar a hostilidade do paciente:

Na psicanálise, ...de acordo com sua colocação diferenciada dos motivos, despertam-se todas as moções [do paciente], inclusive as hostis; mediante sua conscientização, elas são aproveitadas para fins de análise, e com isso a transferência é repetidamente aniquilada. A transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente. (Freud, 1905a/1996, p. 112)

Freud corrobora o caráter inevitável das transferências hostis que havia esboçado em *Estudos sobre histeria* (1895) e reafirma o “tornar consciente” [*Annahme*] como estratégia para combatê-las. A possibilidade de manejar essas transferências hostis é, segundo Freud, um diferencial da psicanálise em relação a outras formas de terapia, que não possuem recursos para lidar com a hostilidade do paciente. Assim, onde as técnicas sugestivas encontram seu limite, a psicanálise ganha em potencial transformador, a partir do deslocamento da influência exercida

pelo médico para a análise dos processos psíquicos do analisando tal como se apresentam na transferência. (Freud, 1905a/1996, p. 112)

2.1.3 Da insistência interpretativa à associação livre

Da publicação do caso Dora (Freud, 1905a/1996) até o último dos *Artigos sobre a técnica* (1911-1915/2010a), uma década se passa e, ao longo desse período, o estatuto do saber em análise se desloca definitivamente da busca pelo conteúdo recalcado para o trabalho de elaboração das resistências. O modelo teórico da interpretação dos sonhos permite destacar o interjogo entre trabalho associativo e as censuras e impedimentos à associação em análise.

Em *Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (1910), Freud sublinha a importância de diferenciar o saber do paciente e o do analista, o que o leva a criar uma atmosfera de tratamento na qual não há espaço para insistência em torno da busca dos conteúdos recalçados:

No início, o tratamento psicanalítico era inexorável e exaustivo. O doente tinha que dizer tudo de si e a atividade do médico consistia em pressioná-lo incessantemente. As coisas, hoje, possuem atmosfera mais cordial. O tratamento compõe-se de duas partes – o que o médico infere, e o que o doente *elabora* de quanto ouviu. (Freud, 1910a/1996, p. 147) [itálicos nossos]

Inspirados nessa passagem, nossa ênfase na leitura dos *Artigos sobre a técnica* (1911-1915) será a articulação do que ocorre *entre* o que o “analista infere” e o “analisando elabora do quanto ouviu”. Em carta a Ferenczi, de 1928, Freud reconhece o caráter “negativo” de seus conselhos em seus escritos sobre a técnica. (Freud e Ferenczi, 1995). Mas essa não será nossa leitura, pretendemos abordar os principais aspectos da teoria da clínica freudiana com destaque aos aspectos do manejo que oferecem pontos de contato – entrecruzamento de territórios – com a clínica ferencziana e winnicottiana.

Talvez o princípio mais potente nesses textos, em termos de abertura sensível ao trabalho do analista seja a “atenção flutuante”, contrapartida do analista à associação livre do analisando, que aparece em *Recomendações aos médicos que exercem psicanálise* (1912/2010a). Quando Freud aborda a “comunicação entre inconscientes” do analista e do analisando e reafirma o quanto o analista ganha ao se convencer “a não disputar à direção do inconsciente o estabelecimento das conexões” (Freud, 1911/2010a, p.129), qualquer busca ativa e insistente pelo sentido dos sintomas perde, efetivamente, seu valor clínico.

O ponto de partida, como aponta Freud em *O uso da interpretação dos sonhos na psicanálise* (1911), deve ser o que está na superfície psíquica do paciente. O trabalho interpretativo ocorre

a partir de fragmentos de significação, tanto do sintoma quanto do sonho. Um bom exemplo é a afirmação de Freud de que toda vez que se busca interpretação de sonhos completa, o trabalho torna-se infrutífero, pois resistências são levantadas. A interpretação completa de um sonho coincide com o fim da análise: “Não renunciemos a nada exequível ao abandonar o propósito de uma completa interpretação de sonhos”. (Freud, 1911/2010a, p.127)

A possibilidade de não selecionar material prévio, não dar ênfase a único ponto e a abertura para a memória inconsciente do analista são condições para que o trabalho de associação livre aconteça. Freud é explícito quanto à contraindicação de “compor a estrutura do caso” ou “prever seu prosseguimento” durante o trabalho:

...são mais bem-sucedidos os casos em que agimos como que sem propósito, surpreendendo-nos a cada virada, e que abordamos sempre de modo despreconcebido e sem pressupostos. A conduta correta, para o analista, está em passar de uma atitude psíquica para outra conforme a necessidade, em não especular e não cogitar enquanto analista, e submeter o material reunido ao trabalho sintético do pensamento apenas depois que a análise for concluída. (Freud, 1912b/2010, p.154)

O trabalho de síntese do pensamento dificulta a manutenção da atenção flutuante e a liberdade associativa do paciente. O fluxo e suas interrupções que resulta do par associação livre/atenção flutuante é, assim, condição para o trabalho analítico e exclui qualquer possibilidade de estreito fechamento diagnóstico ou *insistência interpretativa*.

2.1.4 Transferências amorosas e princípio de abstinência

Os “sonhos confirmadores”, ou “que seguem atrás”, sobre os quais Freud fala nos primeiros dos artigos sobre a técnica, (Freud, 1911/1996, p. 131) são nosso ponto de partida. Esses sonhos são aqueles de fácil interpretação, que o paciente parece produzir para agradar o analista, como confirmação do caminho que está sendo percorrido em análise. Não traz material novo, apenas confirma as interpretações anteriores: “é como se o paciente tivesse a amabilidade de nos trazer em forma de sonho justamente o que lhe ‘sugerimos’ logo antes”. (Freud, 1911/1996, pp. 131-2)

O sonho, material psíquico por excelência da interpretação é não só afetado, mas também produzido a partir da relação transferencial, de modo que todo o trabalho interpretativo que daí advém deve levar em conta essa dinâmica. A transferência não se refere mais apenas às resistências que aparecem de maneira pontual, mas tem influência em toda a produção psíquica dos analisandos. Tal concepção se explicita na talvez mais conhecida passagem sobre a

transferência em Freud, espécie de mapa central do qual derivam as articulações sobre o manejo. Por essa razão, reproduzimos a passagem na íntegra:

Tenhamos presente que todo ser humano, pela ação conjunta de sua disposição inata e de influências experimentadas na infância, adquire um certo modo característico de conduzir sua vida amorosa, isto é, as condições que estabelece para o amor, os instintos que satisfaz então, os objetivos que se coloca. Isso resulta, por assim dizer, num clichê (ou vários), que no curso da vida é regularmente repetido, novamente impresso, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos acessíveis o permitem, e que sem dúvida não é inteiramente imutável diante de impressões recentes. Nossas observações mostraram que somente uma parte desses impulsos que determinam a vida amorosa perfaz o desenvolvimento psíquico; essa parte está dirigida para a realidade, fica à disposição da personalidade consciente e constitui uma porção desta. Outra parte desses impulsos libidinais foi detida em seu desenvolvimento, está separada tanto da personalidade consciente como da realidade, pôde expandir-se apenas na fantasia, ou permaneceu de todo no inconsciente, de forma que é desconhecida para a consciência da personalidade. Aquele cuja necessidade de amor não é completamente satisfeita pela realidade se voltará para toda pessoa nova com expectativas libidinais, e é bem provável que as duas porções de sua libido, tanto a capaz de consciência quanto a inconsciente, tenham participação nessa atitude. (Freud, 1912a/2010a, p. 135-136).

Este longo extrato de *Dinâmica da transferência* (1912) condensa uma série de enunciados metapsicológicos. Em primeiro lugar, há um alargamento do conceito em relação ao que havia sido apresentado no caso Dora (Freud, 1905/1996). Uma porção significativa da transferência diz respeito à *posição libidinal e inconsciente do sujeito*²², a “um modo específico de conduzir-se na vida amorosa”. A dinâmica da transferência pressupõe uma “prontidão da libido” que permanece de “posse de imagos infantis”. As “expectativas libidinais” do paciente ficam à espreita, em busca de “objetos amorosos” para se atualizar. (Freud, 1912a/2010a)

Freud parte da lógica dos sintomas e das transferências que ocorrem na histeria e estende o conceito, que passa a englobar a totalidade das relações amorosas. A analogia entre o conceito de transferência e a teoria da formação dos sintomas na histeria é notável, especialmente se comparamos *Dinâmica da transferência* (1912) com o texto *Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade* (1908). Neste último, Freud afirma que os sintomas são símbolos mnêmicos de experiências traumáticas, que surgem por substituição via retorno associativo. Condensam uma série elementos relativos à sexualidade, os mesmos que Freud utiliza para tratar da transferência: realização de desejos inconscientes, retorno a modo de satisfação sexual que era real na vida infantil e que foi recalçado, conciliação entre impulsos afetivos opostos e expressão de fantasias inconscientes masculinas e femininas. (Freud, 1908/1996, p. 152-3)

²² A referência à transferência como “posição libidinal” e “capacidade da libido” havia sido estabelecida por Abraham, em 1908. [apud Lagache, 1990, p. 14]

Da histeria à transferência, Freud parece realizar operação análoga a de *Interpretação dos Sonhos* (1900), quando efetua a passagem da articulação metapsicológica dos fenômenos patológicos para uma teoria geral do aparelho psíquico. (Mezan, 2002) A construção do corpo pulsional, *intermediário entre o somático e o psíquico* e que põe em ação um aparelho psíquico inconsciente e simbólico – capaz de ligações, desligamentos, condensações, deslocamento, figurações – é articulado a partir da clínica da neurose e de um dividido aparelho psíquico conflitual (Freud, 1900/1996, 1905a/1996). As transferências são as resultantes desse mapeamento do aparelho psíquico posto em movimento na clínica. Nesse espaço clínico é que as transferências podem se manifestar como resistência via paixão amorosa, tema a que se dedica Freud em *Observações sobre o amor de transferência* (1915).

Conforme já abordamos, em geral, na clínica com os pacientes histéricos, um campo transferencial positivo – que Freud chama também de “transferência produtiva” ou “*rapport* apropriado” – se estabelece sem maiores dificuldades. Como vimos em *Psicoterapia da Histeria* (1895), basta testemunhar sério interesse pelo paciente e eliminar algumas resistências iniciais para que o paciente estabeleça a “ligação por si mesmo”, “associando o médico a uma das imagos daquelas pessoas de que estava acostumado a receber amor” (Freud, 1913/2010a, p. 167). Nesse período inicial, Freud aconselha, não é necessário falar sobre as transferências. Elas devem ser mencionadas no tratamento somente quando se tornarem resistências. (Freud, 1913/2010a, p. 186-7)

Freud aborda a transferência como resistência na clínica da histeria a partir da configuração mais típica: a paixão do analisando pelo analista. Freud reconhece que, quando as paixões transferenciais dominam a cena analítica, há uma mudança completa de cenário, “como quando uma brincadeira dá lugar a uma realidade que irrompe inesperadamente como um grito de ‘Incêndio!’ lançado no meio de uma apresentação teatral.” (Freud, 1915/2010a, p. 214). Freud então se questiona: “Como tem de se comportar o analista para não fracassar nesta situação, quando está convencido de que a terapia deve ser levada adiante *apesar* dessa “transferência amorosa” e *através* dela?” (Freud, 1915/2010a, p.216)

Freud quer substituir o ‘decreto moral’ por considerações da ‘técnica analítica’. Não se trata de levar o paciente a reprimir, renunciar ou sublimar os instintos: “Teríamos apenas chamado o reprimido à consciência, para depois novamente reprimi-lo, amedrontados”; muito menos de oferecer um meio-termo (por exemplo, corresponder a afetos carinhosos, mas negar a realização física) (Freud, 1915/2010a, p. 217). Freud reconhece que insensatez, desconsideração pela realidade, inconsequência e cegueira ao levar em conta a pessoa amada são “traços desviantes

da norma” essenciais em toda paixão. No entanto, destaca o fato da paixão de transferência ser provocada pela situação analítica. A partir daí, convoca o analista a assumir responsabilidade pelo que se passa no campo transferencial. A solução de manejo oferecida por Freud, aqui, tem dois elementos-chave: a veracidade e neutralidade do analista. A veracidade do analista é uma contrapartida à veracidade exigida do paciente que, como veremos, é central na articulação de Ferenczi e Winnicott sobre o trabalho do analista. A neutralidade [*indifferenz*], por sua vez, relaciona-se à possibilidade de subjugar a contratransferência. (Freud, 1915/2010a, p. 218)

A contratransferência havia sido abordada por Freud cinco anos antes, em *Psicanálise Silvestre* (1910)²³: “Tornamo-nos conscientes da ‘contratransferência’ que, nele [no analista], surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência em si mesmo e a sobrepujará”. Freud chega à importante constatação de que “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas.” (Freud, 1910b/1996, p. 150-151) Auto-análise, neste texto de 1910, e a análise do analista, nos escritos técnicos, são os elementos que, segundo Freud, permitem o reconhecimento e domínio dessa contratransferência.²⁴ Nesse contexto, é que a necessária abstinência do analista é enunciada:

Já dei a entender que a técnica analítica exige que o médico recuse à paciente necessitada de amor a satisfação pela qual anseia. A terapia tem de ser conduzida na abstinência; não estou me referindo simplesmente à privação física, e tampouco à privação de tudo o que se deseja, pois provavelmente nenhum paciente suportaria isso. Quero é estabelecer como princípio que devemos deixar que a necessidade e o anseio continuem a existir, na paciente, como forças impulsionadoras do trabalho e da mudança, e não procurar mitigá-los através de sucedâneos. (Freud, 1915/2010a, p. 218)

Assim, o tratamento deve ocorrer em privação, para que os anseios continuem existindo, mas, ao mesmo tempo, não deve implicar em privação total, pois “a gratificação dos anseios amorosos da paciente é tão funesta para a análise quanto a supressão dos mesmos”. (Freud, 1915/1996, p. 220) Um manejo delicado daí decorre: “É preciso cuidar para não nos afastarmos das transferências amorosas, não afugentá-la ou estragá-la para a paciente, e também abstermos-nos, de modo igualmente firme, de corresponder a ela.” O princípio de abstinência é bússola nesse processo: “quanto mais dermos a impressão de ser à prova de toda tentação, mais seremos capazes de extrair da situação o seu conteúdo analítico” (Freud, 1915/2010a, p. 220)

²³ Preferimos a expressão “selvagem”, cuja tradução remete à ideia de uma interpretação feita sem tato, fora do tempo. São interpretações tomadas como violentas por quem as recebe.

²⁴ Anos depois, Ferenczi retomará o tema, anunciando a análise do analista como a *segunda regra fundamental da psicanálise*. (Ferenczi, 1928c/2011)

Esse manejo, sem paralelos na vida real, exige do analista tempo e paciência, uma disposição de fazer com que o paciente reconheça as transferências como *resistência* e como *repetição* para que, assim, possam ser reconduzidas à consciência.

Saber como proceder nesse manejo é tarefa que exige *tato*, categoria estética a que Freud recorre para dizer o que guia o analista quando as regras técnicas encontram seu limite. (Kupermann, 2008) O momento exato da interpretação – quando falar, quando calar, o tom de voz, as palavras escolhidas – tudo isso precisa ser considerado no manejo da transferência.

Na história da psicanálise, o princípio de abstinência, como aponta Figueiredo (2009) foi tomado ao pé da letra, resultando muitas vezes em frieza caricatural. No entanto, se acompanharmos o percurso clínico de Freud e a dinâmica própria dos sintomas da histeria e da neurose obsessiva, é possível ver que a abstinência se impõe, mais do que por dogma, em função de uma necessidade clínica. Freud (1912b/2010a) recomenda enfaticamente que o analista haja como um cirurgião, deixando de lado os afetos e a compaixão de ser humano diante de paixões transferenciais e contratransferenciais, sejam elas amorosas, terapêuticas ou pedagógicas. No entanto, é preciso notar, recomendação de “frieza” convive com a valorização da demonstração de “sério interesse” pelo paciente e pela “cordialidade”, essa última integrante do trabalho analítico desde o abandono do método catártico. A noção de “reserva”, nomeada por Freud em *Questão da Análise leiga* (1926b/1996, p.217) parece ser um bom caminho para articular esse manejo delicado da transferência.

Embora o princípio de abstinência seja central na teoria freudiana do manejo da transferência, vale notar que sua articulação se refere à dimensão amorosa da transferência, sem mencionar o ódio, sua outra faceta. Ou, mais precisamente, Freud enfatiza a hostilidade apenas na medida em que é *reação à frustração* amorosa na relação analítica.

2.1.5 Transferências negativas como resistência

Com o abandono da sugestão hipnótica, a ênfase da clínica psicanalítica passou a ser trabalho com as resistências. As resistências foram o ponto de partida clínico que permitiu a Freud inferir a relação entre o funcionamento de um aparelho psíquico inconsciente e as produções sintomáticas dos analisandos. Resistência à hipnose, resistência à rememoração, resistência à cura: Freud muito precocemente percebe que as resistências permeiam todo o trabalho analítico, sendo este justamente o campo no qual a clínica psicanalítica encontra sua especificidade. (Freud, 1904/1996, 1910a/1996)

No curso da associação livre do paciente, Freud (1912a/2010a, p. 140) percebe que ideias transferenciais irrompem *porque* satisfazem também a resistência. É a partir dessa relação da transferência com a resistência que aparece, pela primeira vez na obra de Freud, a expressão “transferência negativa”:

Nota-se, por fim, que não é possível entender o uso da transferência para a resistência, se pensamos tão só em “transferência”. É preciso resolver-se a distinguir uma transferência “positiva” de uma “negativa”, a transferência de sentimentos ternos daquela hostil, e tratar diferentemente os dois tipos de transferência para o médico. (Freud, 1912a/2010a, p. 140)

Freud divide em duas as possibilidades de transferência positiva, ambas “ligadas geneticamente à sexualidade”: “A transferência positiva decompõe-se ainda na dos sentimentos amigáveis ou ternos que são capazes de consciência, e na dos prolongamentos destes no inconsciente.” (Freud, 1912a/2010a, p. 142) A transferências que operam como resistência ao tratamento são as transferências eróticas de impulsos recalcados e as transferências negativas – os afetos hostis dirigidos ao analista.

Freud descreve as formas de transferência negativa com as quais se depara na clínica:

Nas formas curáveis de psiconeuroses ela se acha ao lado da transferência afetiva, com frequência dirigida simultaneamente à mesma pessoa – para esse fato Bleuler cunhou a feliz expressão “ambivalência”. Tal ambivalência de sentimentos parece normal até uma certa medida, mas um alto grau de ambivalência dos sentimentos é sem dúvida, uma peculiaridade dos neuróticos. (Freud, 1912a/2010a, p. 144-145)

É de Bleuler que Freud empresta a noção de ambivalência, utilizada originalmente para se referir à esquizofrenia. O termo, cunhado em 1910, indica a presença simultânea, na relação com um mesmo objeto, de tendências, de atitudes e de sentimentos opostos. Em termos afetivos, refere-se à possibilidade de amar e odiar o mesmo objeto. Segundo Laplanche e Pontalis (1998, p.17-18), o que justifica o uso do termo “ambivalência” é a impossibilidade de “resolução” entre amor e ódio. Seria a presença simultânea, indissolúvel e insuperável de amor e ódio, o que caracteriza a ambivalência afetiva.

Mas o que queremos destacar é que Freud atrela a *ambivalência* à *capacidade de resistência* no trabalho analítico: “A ambivalência nas inclinações afetivas é o que melhor explica a capacidade de os neuróticos porem suas transferências a serviço da resistência.” (Freud, 1912a/2010a, p. 144-145)

As análises das transferências no caso Dora (1905a/1996) e no Homem dos Ratos (1909/1996), são bons exemplares dessa ambivalência, das facetas positivas e negativas da

transferência. No primeiro caso, tem-se a hipótese de uma transferência hostil não analisada que leva ao abandono do tratamento; no segundo, as transferências negativas demandam de Freud esforço e flexibilidade no manejo. Mas o trabalho, nos dois casos, é perpassado pela *resistência*.²⁵

O que se evidencia, portanto, é que a transferência negativa é uma forma de vínculo afetivo, *seria incorreto confundi-la com ausência de transferência*. Em sua conferência sobre a transferência, de 1917, Freud é explícito:

Os sentimentos hostis revelam-se, via de regra, mais tarde do que os sentimentos afetuosos, e se ocultam atrás desses; sua presença simultânea apresenta um bom quadro da ambivalência emocional dominante na maioria das relações íntimas com outras pessoas. Os sentimentos hostis indicam, tal qual os afetuosos, haver um vínculo afetivo, da mesma forma como o desafio, tanto como a obediência, significa dependência embora tendo à sua frente um sinal “menos” em lugar de “mais”. (Freud, 1917c/1996, p.444)

Na análise do *Homem dos Ratos*, que apresentaremos a seguir, pretendemos enfatizar a íntima relação entre *ambivalência*, *resistência* e *transferência*.

2.1.6 O manejo das transferências negativas no Homem dos Ratos

Essas circunstâncias tendem para uma situação em que afinal todos os conflitos têm que se decididos no âmbito da transferência. (Freud, 1909/1996, p.141)

Na ocasião da apresentação do caso do Homem dos Ratos, no *I Congresso de Psicanálise*, em 1908, a neurose obsessiva já havia se consolidado, ao lado da histeria, como uma das psiconeuroses mais favoráveis ao tratamento pela técnica psicanalítica. (Freud, 1904/1996, p. 240) A narrativa de Freud demonstra a estreita relação entre articulação teórica e os caminhos associativos percorridos por Lanzer ao longo do tratamento. Se não há mais informações sobre o caso é porque o “êxito terapêutico” foi obstáculo à continuidade da pesquisa; o paciente consegue se restabelecer e extinguir suas inibições, em tratamento que dura mais de onze meses.

Trata-se de um caso de difícil apreensão, pois embora o texto seja dividido em uma parte clínica e outra teórica, vemos que Freud o apresenta de forma a contemplar a complexidade do percurso clínico do paciente. Na medida em que narra o caso, insere, paulatinamente, tanto os

²⁵ Freud não se atém à neurose para tratar das transferências negativas. Ainda nesse texto, o autor afirma que transferência negativa é a principal transferência na paranoia: “Quando a capacidade de transferência torna-se essencialmente negativa, como no caso dos paranoicos, acaba a possibilidade de influência e cura.” (Freud, 1912, p. 145) Retomaremos essa citação adiante Cf. 2.2.2 *O narcisismo e os limites do analisável*.

princípios da técnica analítica quanto as vias pelas quais os sintomas do paciente se articularam na análise. Se, no caso Dora, Freud (1905a/1996) apresenta a transferência em um tópico à parte de seu texto, em *Notas sobre um caso de neurose obsessiva* (1909), intervenções sobre a transferência perpassam toda a construção do texto, que consiste no relato mais detalhado de uma análise empreendida por Freud. À publicação do caso segue, na Edição Standard, o relato dos quatro primeiros meses de tratamento do Homem dos Ratos, encontrados em Londres após a morte de Freud. De todos os relatos de caso feitos por Freud este é, sem dúvida, o que mais fornece material sobre o manejo das transferências negativas.

Ao longo dessa análise, Freud se vê diante da constelação psíquica típica da neurose obsessiva, marcada pela ambivalência afetiva e sadismo anal – “uma retórica anal da reatividade e da supermoralidade”, como propôs Souza (2012) – que perpassa a configuração do campo transferencial e lhe garante colorido particularmente hostil.

Freud situa a neurose obsessiva (medos obsessivos, sintomas de compulsão, ideação suicida e sentimento de culpa) como espécie de dialeto da histeria, mas que retrata a lógica dos processos conscientes. São analisandos, em geral, muito racionais e também muito aflitos e atormentados. “Desespero”, “afetos violentos”, “raiva”, “ódio”, “covardia”, “vingança”, “morte”, “assassinato”, “punição”, “suicídio”, “obediência”, “obrigações” perpassam de ponta a ponta a análise do Homem dos Ratos. (Freud, 1909/1996)

Se a clínica da histeria fornece um retrato dos processos primários – figurações, condensações, deslocamentos – que dão ao campo transferencial um caráter onírico, na neurose obsessiva o que se observa é o excesso do pensamento, que disfarça o desejo. Em *Dinâmica da transferência* (1912), Freud atribui à ambivalência na neurose obsessiva um caráter especial: “uma separação antecipada dos ‘pares de contrários’ parece ser característica de sua vida instintual e uma de suas precondições constitucionais.” (Freud, 1912a/1996, p.118) Assim, se, na histeria, amor e ódio se misturam, se fundem e se separam, na neurose obsessiva parece haver uma “divisão antecipada”. Essa oposição entre amor e ódio resulta em método peculiar de construção dos sintomas, uma forma especial de vivenciar a ambivalência:

Na histeria o que ocorre normalmente é chegar-se a uma conciliação, que capacita ambas as tendências opostas a se expressarem simultaneamente – o que é como matar dois coelhos de uma só cajadada; ao passo que aqui cada uma das duas tendências opostas é satisfeita, isoladamente, primeiro uma e depois a outra, embora naturalmente se faça uma tentativa de estabelecer determinado tipo de conexão lógica (muitas vezes desafiando toda a lógica) entre os antagonistas. (Freud, 1909/1996, p. 169)

A busca do Sr. Lanzer por análise passa por essas espécies de obsessões. Havia ouvido falar das ideias de Freud e, logo de início, provavelmente porque conhecia sua produção teórica – pelo menos assim Freud supõe – relata cenas sexuais infantis. O campo do sexual traumático e conflitante rapidamente se configura.

É a partir do campo do desejo que Freud articula tanto os medos quanto as medidas de proteção obsessivas do paciente. Freud sintetiza essa dinâmica da seguinte maneira: “um instinto erótico e uma revolta contra ele; um desejo que ainda não se tornou compulsivo e, lutando contra ele, um medo já compulsivo; um afeto aflitivo e uma impulsão em direção ao desempenho de atos defensivos.” (Freud, 1909/1996, p. 147)

O relato inicial de Freud sobre o caso demonstra que o paciente possuía uma grande capacidade associativa. O espaço clínico se constrói a partir das associações livres do paciente, bem como da análise das resistências apresentadas pelo analisando. Há contraste nítido entre a sagacidade, lucidez e inteligência do paciente e momentos de desespero e confusão. Parecia “ofuscado” e “desnortado”, diz Freud, o relato dos eventos externos soava “desesperadoramente confuso”.

Para ilustrar o manejo clínico de Freud, vale destacar a primeira intervenção por ele relatada, logo no início do tratamento. O analisando apresenta o motivo imediato que o levou a buscá-lo. No entremeio do relato, o paciente conta a Freud que ouviu de um oficial que “*gostava de crueldade*”, um relato horrível sobre um castigo corporal, envolvendo ratos. Nesse momento, o paciente levanta do divã, e pede a Freud que lhe poupe dos detalhes. Lanzer não quer falar sobre isso.

O paciente, como Freud nos conta, foi logo de início orientado a proceder segundo a regra fundamental da psicanálise – dizer tudo que vier à cabeça, mesmo que seja desagradável, sem importância, irrelevante ou sem sentido. Diante dessa primeira forte resistência apresentada pelo paciente, Freud assegura ao paciente que, ele próprio, “não tinha gosto, qualquer que fosse, por crueldade” (Freud, 1909/1996, p.149), mas seria importante que, a despeito disso, o analisando prosseguisse no relato. Por esse caminho, o paciente pôde admitir a imagem de ratos que lhe ocorreu e desencadeou os atos obsessivos.

Eis a síntese do castigo envolvendo ratos: “um castigo particularmente horrível aplicado no leste: o criminoso foi amarrado..., um vaso foi virado sobre suas nádegas ...e alguns ratos foram colocados dentro dele.” (Freud, 1909/1996, p. 150) O paciente, então, confessa o pensamento aterrorizante de que esse castigo dos ratos estaria sendo aplicado à namorada e a seu pai. A

elucidação dos sentidos desse pensamento obsessivo, diz Freud, coincide com o restabelecimento e o fim do tratamento.

Os desdobramentos associativos de um pensamento específico de Dr. Lanzer auxiliam na investigação do *conflito edípico* subjacente à cena dos ratos. Na época da doença do pai, o paciente estava com sua amada – a dama –, mas obstáculos financeiros impediam sua aliança com ela. Diante disso, ocorre a ideia, em princípio absurda para o paciente, de que “a morte de seu pai o tornaria rico o suficiente para desposá-la”. (Freud, 1909/1996, p. 159)

Na sequência, surge uma série de associações que demonstram a impossibilidade do paciente estar consciente de seu ódio, tanto pela dama – sem posses, que tanto amava –, quanto pelo pai. As intervenções de Freud parecem ir no sentido de tentar tornar consciente para o analisando a existência dessa hostilidade.

As sessões seguem com o analisando tentando compreender como poderia ter um desejo de morte contra seu pai, que amava intensamente. Freud argumenta que justamente esse amor intenso é que deixa o ódio recalcado, de onde decorre o sentimento de culpa que funciona como autopunição. Assim, o paciente, tal como Dora (Freud, 1905a/1996), vai oferecendo o texto a partir do qual Freud constrói suas interpretações. As fantasias tornam-se mais claras quando Freud apresenta a causa precipitadora da doença, que revela o “conflito entre a sensualidade e o amor infantil”, cerne do drama edípico:

Após a morte de seu pai, a mãe do paciente um dia lhe contou que havia discutido com seus ricos parentes sobre o futuro dele, e que um dos primos seus prontificou-se a permitir-lhe que, ao completar a sua educação, ele se casasse com uma de suas filhas; uma relação de negócios com a firma oferecer-lhe-ia brilhantes perspectivas na profissão. Esse plano familiar desencadeou nele um *conflito* relacionado a saber se ele permaneceria fiel à sua amada, a despeito de sua pobreza, ou se seguiria os passos de seu pai e casaria com a linda, rica e bem relacionada jovem que lhe haviam predestinado. E resolveu esse conflito, que de fato existia entre seu amor e a persistente influência de seu pai, ficando doente; ou melhor, caindo doente evitava a tarefa de resolvê-lo na vida real. (Freud, 1909/1996, p. 174) [itálicos nossos]

A partir daí, sr. Lanzer coloca a seguinte questão: “Se o conflito em relação ao pai está na base dos sintomas, por que simplesmente o paciente não poderia levar em conta que o relacionamento com a dama poderia pesar no seu amor pelo pai?” Em outras palavras, por que o paciente não pôde ter consciência do conflito edípico? Freud responde a pergunta com uma intervenção precisa e que revela o aspecto central do manejo da transferência:

Repliquei que raramente é possível destruir uma pessoa *in absentia*. Tal decisão só teria sido possível se o desejo a que ele objetava tivesse aparecido pela primeira vez naquele tempo; ao passo que, de fato, era um *desejo longamente reprimido*, diante do qual ele não podia comportar-se de outra forma

a não ser como fizera no princípio, e o qual, em consequência, estava imune à destruição. (Freud, 1909/1996, p. 162) [itálicos do autor]

Desejos imunes à destruição em função de representações recalcadas são a base do sintoma neurótico. Como estas representações podem ter seu poder sintomático destruído no tratamento analítico? O que a análise do Homem dos Ratos evidencia é que pela *presença do analista no campo transferencial* que a destruição necessária poderá ser realizada. Cabe aqui mostrar a aproximação com as considerações feitas por Freud em conhecida passagem do fim de seu texto *Dinâmica da Transferência* (1912):

É inegável que o controle dos fenômenos da transferência oferece as maiores dificuldades ao psicanalista, mas não se deve esquecer que justamente eles nos prestam o inestimável serviço de tornar atuais e manifestos os impulsos amorosos ocultos e esquecidos dos pacientes, pois afinal é impossível liquidar alguém *in absentia* ou *in effigie*. (Freud, 1912a/2010a, p. 146)

2.6.1.1 Destruição na presença do analista

A primeira menção à transferência na descrição de Freud ilustra a dimensão de ambivalência e do conflito amor e ódio que aparece através de um sonho de Lanzer. Relata Freud:

Sonhou que minha mãe havia morrido; ele estava ansioso por prestar-me suas condolências, mas tinha receio de que, se o fizesse, poderia ele irromper em *uma risada inoportuna*, como fizera repetidas vezes, no passado, em ocasiões idênticas. Por conseguinte, preferiu deixar um cartão para mim, onde se lia ‘p.c.’, mas, ao escrevê-lo, as letras mudaram para ‘p.f.’. [abreviações de *pour condoler* e *pour feliciter*] (Freud, 1909/1996, p.170)

No sonho, o equívoco – felicitar em vez de prestar condolências a Freud pela morte de sua mãe – demonstra a dimensão agressiva e ambivalente da transferência. Freud ocupa o lugar paterno e a formação do sonho explicita a hostilidade, até então inconsciente, em relação ao pai.

No ano seguinte à publicação do Homem dos Ratos, Freud apresenta a hipótese da centralidade do “complexo paterno”²⁶ nos pacientes homens – que permanece até *Análise terminável e interminável* (1937) – e sua manifestação via transferência negativa:

²⁶ No relato do caso, publicado anos depois do texto, Freud menciona uma interpretação desse sonho que não entra na publicação original. Diz Freud ao paciente: “Jamais lhe ocorreu que, se sua mãe morresse, você ficaria livre de todos os conflitos, de vez que você ficaria apto para se casar?” Uma interpretação da transferência pelo viés materno, que manifesta o desejo de morte da mãe e que não recebe ênfase na análise de Freud. Ao longo do relato do caso clínico, também são mencionadas “identificações” com a mãe que acabam por não receber menção alguma

Pedir-lhes-ei que examinem seu material e vejam se podem confirmar a afirmação generalizada de que, nos pacientes masculinos, a maioria das resistências importantes ao tratamento parecem derivar-se do complexo paterno e expressar-se neles no medo ao pai, desobediência ao pai e desavença ao pai. (Freud, 1910a/1996, p. 150)

Medo, obediência e desavenças, de fato, perpassam a configuração da transferência na análise do Homem dos Ratos. Ao longo do tratamento, as transferências hostis tornam-se dominantes nas sessões e passam a se manifestar de maneira cada vez mais complexa e assustadora para Freud. De início, Freud insiste no trabalho interpretativo do ódio pelo viés da sexualidade, mas aos poucos, o paciente demonstra a Freud que o manejo do ódio exige uma flexibilidade na técnica, como aponta Mezan (1998, p. 129):

No começo, Freud tem uma ideia muito clara do que significam as falas do Homem dos Ratos, e propõe suas interpretações com a maior liberdade. Paulatinamente, vai sendo obrigado a modificar o estilo e o tom dessas interpretações, porque o paciente o coloca diante de uma explosão de agressividade e hostilidade surpreendente até mesmo para Freud, que, no entanto, já havia visto antes outras neuroses obsessivas.

Assim, segundo Mezan (2002), Freud se vê diante de uma manifestação compulsiva do ódio no campo transferencial, que atenta para a necessidade de mudanças no manejo clínico, o que é notável quando seguimos passo a passo o relato e análise do caso. Em um dos exemplos narrados, o paciente se recrimina pelos pensamentos hostis relativos à Freud:

A coisa mais assustadora veio-lhe à mente quando ontem, estava no bonde. Era realmente impossível dizer. A sua cura não mereceria semelhante sacrifício. Eu, de preferência, iria afastá-lo, pois a transferência ficava prejudicada. Por que eu iria aturar uma coisa dessas? Nenhuma das explicações que lhe dei a respeito da transferência (que não pareceu de todo estranha) teve algum efeito. (Freud, 1909/1996, p. 243)

O trabalho interpretativo da transferência evidencia aqui o seu limite. Freud passa a falar do caso em termos de luta:

Somente depois de *lutar* uns quarenta minutos, como pareceu me durar, e após eu revelar o elemento de vingança contra mim e mostrar-lhe que, recusando contar-me e abandonando o tratamento, ele estaria se vingando mais completamente do que me contando – somente depois disso é que me deu a entender que a coisa dizia respeito a minha filha. Com isso, a consulta chegou ao fim. (Freud, 1909/1996, p. 243) [itálicos nossos]

no caso publicado. O lugar “inanalizável” das mães e das mulheres na transferência dos casos analisados por Freud foi assunto de inúmeros trabalhos, como destaca Apignanesi, 2010.

Freud não interpreta a fantasia de transferência, mas parece tentar encontrar um caminho para vencer as resistências: seu artifício é dizer ao paciente que não quer contar os pensamentos negativos é resistência maior que o próprio conteúdo hostil da fantasia de transferência. Portanto, o manejo da transferência não contempla apenas a interpretação do *conteúdo* das fantasias transferenciais como forma de superação da resistência. Freud precisa ser persistente, paciente e criativo. Sua estratégia inclui interpretar “a resistência do paciente a falar sobre a transferência” como sendo, ela própria, uma transferência hostil, uma forma de vingar-se do analista. Ao longo do tratamento, Freud se desdobra tentando buscar alternativas e criar estratégias para driblar a resistência.

Nesse momento, Freud narra uma interpretação curiosa feita pelo próprio paciente, sobre a ansiedade de Freud em querer saber das fantasias do paciente: “Era ainda bastante difícil a situação. Após lutas e asserções, de sua parte, de que meu esforço para mostrar todo o material referente apenas a ele mesmo parecia com uma ansiedade de minha parte, ele capitulou apresentando suas ideias.” (Freud, 1909/1996, p. 143) Cabe notar, assim, que nessa clássica análise freudiana, havia um espaço clínico que permitia que os afetos do analista fossem nomeados. O paciente fala, sem muito titubear, que Freud estava ansioso. Há uma luta *entre* analista e analisando, que incluem os afetos em jogo no trabalho analítico.

O campo de luta desse período da análise do Sr. Lanzer nos faz pensar que a metáfora bélica utilizada por Freud (1940[1938]/1996, 1914/2010a) para se referir ao trabalho analítico não é mero artifício retórico. O trabalho de superação das resistências se assemelha ao campo de luta para vencer as resistências e trazer à tona o recalado. Nesse caso, especificamente, era do *ódio ambivalente em relação ao pai* que se tratava.

Uma cena infantil que, segundo o Homem dos Ratos, foi-lhe relatada repetidamente pela mãe, auxilia na articulação metapsicológica do medo e do horror que acompanham a emergência do ódio na análise. A narrativa é de um exercício de sexualidade infantil que culmina de maneira “catastrófica”, como afirma Freud, em virtude de uma punição. Eis a cena:

Quando ele era muito pequeno, ele praticara uma travessura, pela qual seu pai lhe batera. O pequeno foi tomado de terrível raiva e xingara seu pai ainda enquanto apanhava. Entretanto, como não conhecia impropérios, chamara-o de todos os nomes de objetos comuns que lhe vinham à cabeça e gritara: ‘Sua lâmpada! Sua toalha! Seu prato!, e assim por diante. Seu pai, abalado com uma tal explosão de fúria natural, parou de lhe bater, e exclamara: “O menino ou vai ser um grande homem, ou um grande criminoso!”’. (Freud, 1909/1996, p. 179-180)

Após isso o pai não mais lhe bateu. Disse que a partir daí tornou-se um covarde, por *medo da violência de sua própria raiva*, passando a ter um terrível medo de pancadas. Mais uma vez

uma leitura edípica se apresenta. Há uma fala paterna que interdita sua manifestação de ódio. Ele entende que, a partir dessa fala paterna o analisando passa a

superestimar os feitos de seus sentimentos hostis sobre o mundo externo, porque uma vasta parcela de seus efeitos internos e mentais escapou ao seu conhecimento consciente. Seu amor – ou antes²⁷, seu ódio – era, em verdade, subjugador; foram precisamente eles que criaram os pensamentos, obsessivos, cuja origem ele não era capaz de compreender e contra os quais lutou em vão para se defender. (Freud, 1909/1996, p. 203)

Assim, à ambivalência amor e ódio, Freud acrescenta a onipotência que se manifesta pelo medo da violência da sua própria raiva, cujas representações serão recalçadas. O ódio é, assim, substituído pelo medo. Nesse ponto do texto, colocamo-nos a seguinte questão: seria possível afirmar que a “catástrofe” representada por essa cena tem o mesmo impacto das catástrofes traumáticas a que Freud irá se referir a partir da segunda tópica, e que perpassará a teoria da clínica de Ferenczi e Winnicott?

Quando traz essas cenas, o paciente está vivenciando o ódio em análise, mas muito amedrontado com sua intensidade e atualidade; parecia temer retaliações. A transferência está em seu auge. Sr. Lanzer não entendia como Freud podia ser tão paciente e pede punição: “Como pode um cavalheiro como o senhor, deixar-se xingar desse modo por um sujeito baixo e à toa como eu? O senhor devia é me enxotar, é o que eu mereço”. Freud nos conta que o paciente caminhava pela sala, pois, ao ficar deitado, tinha medo que Freud lhe desse uma bofetada. “Comportava-se como quem teme apanhar”. Interessante notar que, aqui, a punição vem acompanhada de medo mas com contornos diferentes tanto da busca ativa por uma punição em ato que acompanha o masoquismo²⁸ quanto da impossibilidade de odiar que se relaciona à identificação ao agressor em Ferenczi²⁹, ou ainda diferente da experiência de colapso que rompe as fronteiras do aparelho psíquico e impede a experiência de continuidade do ser, como destacará Winnicott.³⁰ O campo transferencial reflete a teoria da clínica freudiana da primeira tópica: a transferência se constrói a partir da ambivalência e opera como resistência; o medo de punição – análogo à ameaça de castração – traz a marca do recalque.

Essencial aqui, nos parece, é Freud manter seu lugar de analista, sem ocupar o mesmo lugar do pai, mas garantindo condições para que a transferência siga seu curso. Ao que parece, este contraste entre a situação analítica e a situação original é operativo no trabalho de rememoração.

²⁷ Parece ser a primeira aparição da anterioridade do ódio em relação ao amor, que reaparecerá em 1915, em *Pulsões e Destino da Pulsão* (1915/2004)

²⁸ Cf. 2.3.2 Sadismo e Masoquismo em Freud.

²⁹ Cf. 3.2.4 Identificação ao agressor e a problemática do trauma: do ódio à submissão.

³⁰ Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre a necessidade e o desejo.

(Ferenczi, 1930/2011, p. 76) A continuação do relato do caso fornece outras pistas para essa articulação.

2.1.6.2 Além da interpretação: Humor e tato frente ao ódio compulsivo

Segue uma série de associações de “conteúdo sexualmente agressivo” que envolvem Freud e sua família. Enquanto o paciente associa, Freud intervém com explicações teóricas de Freud. Mas o clima de hostilidade só aumenta: “As coisas atingiram um ponto em que, em seus sonhos, em suas fantasias despertadas e em suas associações, ele começou a acumular os mais grosseiros e indecorosos impropérios contra mim e minha família embora em suas ações deliberadas jamais me tratasse de outra forma senão com o maior respeito.” (Freud, 1909/1996, p.182) Freud, assim, dá espaço para que a agressividade surja no tratamento e as transferências negativas aumentam progressivamente em intensidade.

É nesse contexto que aparece uma intervenção “não interpretativa” de Freud, cujo relato reproduzimos a seguir:

A consulta seguinte ficou repleta das mais assustadoras transferências, para cujo relato ele encontrou a mais enorme dificuldade. Minha mãe estava em desespero enquanto todos os seus filhos eram enforcados. Ele me lembrou da profecia de seu pai, de que ele seria um grande criminoso. Eu não era capaz de adivinhar a explicação que ele elaborou para possuir essa fantasia. Ele disse saber que, certa ocasião, uma grande desgraça se abateu sobre minha família: um meu irmão, que era garçom, cometera um assassinato em Budapeste e fora executado por isso. Perguntei a ele, *rindo*, como é que sabia disso, *após o que todo o seu afeto ruíu... Garanti a ele* que jamais tivésemos parentes em Budapeste. *Ficou muito aliviado* e confessou que havia começado a análise com uma *boa dose de desconfiança*, em virtude disso.” (Freud, 1909/1996, p. 246) [itálicos nossos]

Freud, nesse momento, não recorre à interpretação. Em primeiro lugar, diz, porque não estava em condições de “adivinhar” as fantasias relacionadas. No entanto, em vez de insistir para que o paciente continuasse associando, utiliza-se de uma estratégia menos ortodoxa. Ri, e garante ao analisando que não é irmão do criminoso. O paciente fica aliviado e reconhece uma boa dose de desconfiança no início da análise por conta dessa história. Desconfiança a que Freud responde com uma boa dose de humor. Na leitura do caso, o relato dessa sessão aparece de maneira surpreendente, ao quebrar o ritmo pesado e tortuoso do texto.

O que gostaríamos de destacar é que não é possível encontrar nas “regras técnicas” de Freud o fundamento dessa intervenção. Nem a “atenção flutuante” – contrapartida à associação livre do paciente – nem o “princípio de abstinência”, nem a “frieza” do analista, que deve operar como um cirurgião, tampouco a função do analista como espelho, devolvendo apenas o que lhe

é dito, dão conta de justificar a intervenção freudiana. Em termos da cartografia freudiana da transferência, ela fica por conta do indefinível *tato médico* (Freud, 1910/1996, p. 238), especialmente necessário diante da especificidade de um campo transferencial predominantemente hostil. Freud teve sensibilidade clínica para manejar a transferência de modo que ela se tornasse suportável para o paciente, para que se tornasse menos aterrorizante, e, ao mesmo tempo, encontrasse espaço de expressão. Assim, Freud cria condições para que o paciente possa confiar. Estaria Freud, nesse momento da análise, extrapolando os limites de seu território analítico e tratando de uma dimensão da transferência diferente do que aquela que sua teoria da técnica se propõe a mapear? Souza (2012, p.73) ressalta que “a neurose obsessiva com sua desapropriada destrutividade (a não ser através de satisfações substitutivas), aparentemente é favorecida com uma concepção estética de clínica”, na qual os afetos e a sensibilidade do analista estão efetivamente implicados no manejo. Nessa situação limite da clínica, os territórios freudianos, ferenczianos e winnicottianos parecem se entrecruzar. O afeto do analista – ou antes, seu riso – parece ser significativo para uma mudança nos rumos da transferência.

Mas o principal ponto é que foi através do ódio na transferência que o paciente pôde tornar consciente a lógica de seus sintomas: “Após atravessarmos uma série das mais severas resistências e das mais amargas injúrias de sua parte, ele não podia permanecer cego ao efeito esmagador da *perfeita analogia entre a fantasia de transferência e o estado atual de acontecimentos passados*.” (Freud, 1909/1996, p. 175) [itálicos nossos]

Em *Observações sobre o amor de transferência* (1915), vimos que Freud enfatiza a necessidade paradoxal de abster-se de atender as demandas amorosas do paciente ao mesmo tempo em que o tratamento é perpassado por elas. O que a análise do Homem dos Ratos nos parece apontar é um mecanismo análogo. É necessário abster-se de atender as demandas de hostilidade do paciente, sem, no entanto, suprimi-las. O mesmo “incêndio” que se verifica na paixão transferencial da histeria³¹ aparece aqui, mas travestido de ódio e medo. No entanto, além da interpretação e abstinência, o caráter compulsivo do ódio parece ter demandado de Freud certa flexibilização em termos de manejo.

O caso do Homem dos Ratos, assim, demonstra a *luta para superação das resistências no trabalho analítico*: “Essa luta *entre* médico e paciente, *entre* intelecto e vida instintual” que, como não poderia deixar de ser, “desenrola-se quase que exclusivamente nos fenômenos da transferência.” (Freud, 1912b/2010a, p.146) [itálicos nossos]

³¹ Cf. 2.1.4 Transferências amorosas e princípio de abstinência

2.2 Os limites na clínica freudiana

2.2.1 Elaboração e esboços de construção em análise.

Recordar, Repetir e Elaborar (1914) pode ser considerado um marco da ampliação dos problemas clínicos que envolvem o manejo da transferência. Escrito após o encerramento da análise do Homem dos Lobos, Freud propõe uma articulação sobre elaboração [*durcharbeitung*] que se constrói em torno da matriz clínica da neurose, a partir do conceito de transferência, mas que também a ultrapassa.

De início, é importante apontar que, embora o verbo elaborar [*durcharbeiten*] apareça em diferentes momentos da obra freudiana (Freud, 1910a/1996, 1914/2010a, 1920/2006), ele não chega a assumir estatuto conceitual. (Roudinesco e Plon, 1998, p. 17) No entanto, o seu uso – com tradução literal “*trabalhar através*” (Hanns, 1996, p. 198) – parece significativo por dar relevo aos atravessamentos do território analítico³²:

durch- : Corresponde à locução prepositiva “através de” e à preposição “por”. Como prefixo verbal, indica a direção de um movimento (entrar e novamente sair, atravessar), bem como a superação de obstáculos. Também aponta para a ideia de acabar até o final (completamente) e ainda duração ininterrupta (o tempo todo sem interrupção).

-arbeiten: Corresponde ao verbo trabalhar. (Hanns, 1998, p. 198)

Ora, se consideramos as vicissitudes das transferências em análise, parece não haver melhor termo para nomear esse processo: trabalhar através da transferência. No entanto, não apenas a “elaboração” é o novo elemento destacado. A partir desse texto, a “compulsão à repetição” entra em cena, com implicações impactantes para o desenvolvimento teórico da psicanálise.

Em síntese, três dimensões da transferência, todas relacionadas à “compulsão à repetição” e à atuação [*agieren*] na clínica, são mencionadas por Freud: 1) pacientes que diante de um incremento na transferência (quando se torna hostil ou muito intensa) passam a atuar em vez de recordar; 2) tratamentos que “começam por atuações” dos analisandos, nos quais é necessário pôr as rédeas da transferência; e, por fim, 3) atuações, através das quais é possível recordar algo que nunca foi esquecido e que, portanto, jamais poderia ser recordado.

A grande novidade deste texto é a ideia de que a ‘compulsão a repetição’ precisa ganhar espaço no tratamento:

³² Trata-se de um verbo de uso mais corriqueiro na língua alemã que “elaborar” em português. Roudinesco e Plon (1998, p. 174) situam no trabalho de Laplanche e Pontalis a formalização da *durcharbeitung* como conceito, nomeada pelo neologismo *perlaboration* (perlaboração).

Tornar essa compulsão inofensiva e até mesmo útil, ao reconhecer-lhe o seu direito, ao lhe permitir vigorar num determinado âmbito. Nós a admitimos na transferência, como numa arena em que lhe é facultado desenvolver em quase completa liberdade, e onde é obrigada a nos apresentar tudo o que, em matéria de instintos patogênicos, se ocultou na vida psíquica do analisando. (Freud, 1914/2010a, p. 206)

Gostaríamos de acentuar, nessa passagem freudiana, a liberdade para que o paciente possa atuar, em alguma medida, *no* tratamento, pois “será das reações de repetição que surgem na transferência que os caminhos já conhecidos poderão levar ao despertar das recordações” (Freud, 1914/2010a, p. 207), o que, em princípio, não se diferencia muito do campo de luta – da “arena” – por onde se dá a elaboração das resistências em análise.

Mas, cabe sublinhar, são outros os aspectos da resistência narrados por Freud; formas de resistir que se diferenciam sutilmente das transferências amorosas que o levaram a formular o princípio de abstinência: rebeldia e teimosia, desamparo e perplexidade – impotência e desespero, na tradução da Edição Standard (Freud, 1914/1996, p. 164) – e medo de ser descoberto demonstram o reconhecimento e disponibilidade de Freud para o acolhimento do infantil em análise:

O analisando não diz que se lembra de haver sido teimoso e rebelde ante a autoridade dos pais, mas se comporta de tal maneira diante do médico. Não se lembra de que sua investigação sexual infantil não o levou a nada, deixando-o perplexo e desamparado, mas apresenta uma quantidade de sonhos e pensamentos confusos, lamenta que nada dá certo para ele, e vê como seu destino jamais concluir um empreendimento. Não se lembra de ter se envergonhado bastante de certas atividades sexuais e ter sentido medo de que fossem descobertas, mas mostra vergonha do tratamento a que se submete agora e procura escondê-los de todos, etc. (Freud, 1914/2010a, p. 200)

Nessas situações, “o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não reproduz como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber o que faz.” (Freud, 1914/2010a, p. 200) O não reconhecimento da repetição como tal, como destacam Laplanche e Pontalis (1998, p. 44), é elemento importante da concepção freudiana de atuação [*agieren*]: “ato por meio do qual o sujeito, sob o domínio dos seus desejos e fantasias inconscientes, vive esses desejos e fantasias no presente com um sentimento de atualidade que é muito vivo na medida em que desconhece a sua origem e o seu caráter repetitivo.”

Freud está esboçando um novo campo de investigação para sua teoria da clínica. O despertar das recordações que pode emergir desse território clínico inclui tanto a recordação de impressões, cenas, vivências e fantasias que foram esquecidas quanto a paradoxal “recordação” de “um grupo de eventos psíquicos”, “atos puramente internos” que não poderiam ter sido

esquecidos porque jamais foram conscientes. Entre eles, Freud destaca um tipo de vivência muito importante que tem lugar nos primórdios da infância e que na época foram vividas sem compreensão, mas que, *a posteriori*, encontram compreensão e interpretação. (Freud, 1914/2010a, p. 198-199)

O campo do traumático não-simbolizado (Bokanowki, 2005, 2009) começa a se esboçar e, em Freud, ganhará terreno na clínica com o conceito de construção, que aparecerá após vinte e três anos, em *Construções em Análise* (1937). As construções são mais abrangentes que a interpretação e elucidam a tarefa do analista: “completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, *construí-lo*”. (Freud, 1937b/1996, p. 276)

A analogia feita por Freud entre construções em análise e o delírio psicótico – as recordações “ultra-claras” se assemelham à alucinação – parecem apontar, ainda que sutilmente, para uma experiência em análise que não se refere somente ao recalcado: “Pode ser que os próprios delírios em que essas alucinações são constantemente incorporadas sejam menos independentes do impulso ascendente inconsciente e do retorno do reprimido do que geralmente presumimos.” (Freud, 1937b/1996, p. 285) Ambos carregam “fragmentos de verdade histórica” e se referem a experiências vividas na infância muito precoce – “algo que a criança viu ou ouviu numa época em que mal podia falar.” (Freud, 1937b/1996, p. 285) Nesse contexto, o não e o sim do paciente tem menos importância do que as associações que se criam a partir da construção feita pelo analista. O trabalho do analisando a partir da construção do analista é que mostrará a pertinência ou não do que foi construído: “ambos [analista e analisando] possuem direito indiscutido a reconstruir por meio da suplementação e da combinação dos restos que sobreviveram”. (Freud, 1937b/1996, p. 277) Assim, Freud esboça uma dimensão de trabalho comum entre analista e analisando.

Ainda, porém, em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), Freud segue na tessitura das relações entre a transferência e a resistência ao abordar situações nas quais, diante de um incremento na transferência (quando se torna *hostil* ou *muito intensa*), o analisando passa a *atuar* em vez de recordar, como forma de resistir. Nesses casos, a atuação aparece *no lugar* de uma transferência não manifesta:

Se a terapia começa sob os auspícios de uma suave e discretamente positiva transferência, ela permite inicialmente, como na hipnose, um aprofundar da recordação, durante o qual mesmo os sintomas patológicos silenciam; mas se no decurso posterior *a transferência se torna hostil ou muito intensa*, por isso necessitando de *repressão*, imediatamente o *recordar cede lugar a atuação*. A partir de então, as resistências determinam a sequência do que será repetido. É do arsenal do passado que o doente retira as armas com que se defende do prosseguimento da terapia, as quais temos de lhe arrancar peça por peça. (Freud, 1914/2010a, p. 202) [itálicos nossos]

Essa atuação compreende “inibições e atitudes inviáveis, seus traços patológicos do caráter”, tudo o que avançou “a partir das fontes do reprimido para sua personalidade manifesta” (Freud, 1914/2010a, p. 202). O campo das alterações do eu, das alterações de caráter e, portanto, do narcisismo na clínica psicanalítica começa a ser delineado e, sobretudo – esse é o ponto que queremos destacar – o problema da *transferência negativa latente*, que estará na agenda das discussões sobre a técnica psicanalítica no final dos anos 1920 e no começo dos anos 1930, (com Sterba (1927), Peck (1929) e Reich (1933/2004)) também é esboçado. A elaboração dessas resistências que aparecem como atuações, será decisiva na clínica e não se faz sem esforço – como enfatizarão Ferenczi e Winnicott – tanto para analista quanto para o analisando:

Na prática, essa elaboração das resistências pode se tornar uma *tarefa penosa* para o analisando e uma prova de paciência para o médico. Mas é a parte do trabalho que tem o maior *efeito modificador* sobre o paciente, e que distingue o tratamento psicanalítico de toda influência por sugestão. (Freud, 1914/2010a, p. 208-209) [itálicos nossos]

No caso Dora (1905a/1996), Freud diferencia a psicanálise da sugestão pela possibilidade de manejo dos afetos hostis. Aqui, Freud sofisticava o argumento: a elaboração das resistências – que inclui, como vimos na análise do Homem dos Ratos, *o manejo das transferências negativas* – que exigirá tempo, paciência e “disponibilidade afetiva” do analista. (Kupermann, 2008, 2012)

Assim, o tratamento analítico fornecerá as “magnitudes de afeto requeridas para a superação das resistências por meio da mobilização das energias que se acham à disposição da transferência”. (Freud, 1913/2010a, p.192) Trata-se da dimensão econômica da clínica, que encontrava lugar na teoria do trauma desde *Estudos sobre Histeria* (1895).³³

Ao final deste texto, Freud relaciona a elaboração das resistências ao trabalho de “‘ab-reação’ dos montantes de afeto retidos pela repressão”. Kupermann (2010) sublinha essa retomada da dimensão econômica da clínica e destaca que a “elaboração” aponta para uma articulação que dá relevo à dimensão sensível da experiência analítica. Isso evidencia, mais uma vez, que a concepção clínica de Freud não se limita a uma compreensão intelectual do que se passa em análise.

As dimensões espacial, temporal e de superação de obstáculos abarcadas pela palavra *durcharbeiten* permeiam as considerações de Freud sobre o manejo: “É preciso dar tempo para que o paciente se enfronte na resistência agora conhecida, para que a elabore [*durcharbeiten*],

³³ Cf. 2.1.1 Primeiros traçados da transferência em Psicoterapia da Histeria.

para que a supere, prosseguindo o trabalho apesar dela, conforme a regra fundamental da análise.” (1914a/1996, p. 170)

2.2.2 O narcisismo e os limites do analisável

A introdução do conceito de narcisismo representa uma virada na teoria freudiana. Além da importante distinção entre libido do eu e libido objetal, o texto inaugura a discussão sobre os processos que envolvem a formação do eu, problemática já anunciada, em termos clínicos, em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914). A questão metapsicológica central é a introdução do *narcisismo*, construto teórico que se insere *entre* autoerotismo e amor objetal:

É uma suposição necessária a de que uma unidade comparada ao eu não esteja presente no indivíduo desde o início; o Eu precisa antes ser desenvolvido. Todavia, as pulsões auto-eróticas estão presentes desde o início, e é necessário supor que algo tem de ser acrescentado ao auto-erotismo, *uma nova ação psíquica*, para que se constitua o narcisismo. (Freud, 1914/2004).

Em que consiste essa nova “ação psíquica”, que permite a passagem do autoerotismo ao narcisismo, será o mote de infindáveis discussões no campo psicanalítico e se relaciona com a concepção de cada autor sobre a teoria pulsional e o papel do outro na constituição do psiquismo. Interessa-nos aqui, seguindo o *modus operandi* da construção da tese, enfatizar as implicações deste conceito de narcisismo na teoria da clínica.

Para tanto, cabe apresentar uma importante distinção entre as formas de relação de objeto, estabelecidas a partir do estudo “da vida amorosa dos seres humanos” – “motivo mais forte” que o levou a adotar “a hipótese do narcisismo” (Freud, 1914/2004, p. 107). O ponto de partida para o argumento é o *apoio* das pulsões sexuais nas de autoconservação:

As pulsões sexuais apoiam-se, a princípio, no processo de satisfação das pulsões do Eu para veicularem-se.... Esse modo de apoiar-se nos processos de satisfação das pulsões de autoconservação para conseguir veicular-se fica evidente quando se observa que as pessoas envolvidas com a alimentação e cuidado e a proteção da criança se tornam seus primeiros objetos sexuais, portanto, primeiramente a mãe ou seu substituto. (Freud, 1914/2004, p. 107)

Esse modelo de escolha objetal, Freud nomeia escolha por *veiculação sustentada* [*Anlehnungs*]³⁴ em oposição às escolhas *narcísicas*, nas quais a imagem de si mesmo guia a busca de objeto. Não se trata, no entanto, de uma divisão estanque: o que se percebe é uma

³⁴ Na Edição Standard (Freud, 1914/1996, p. 94) tipo “anaclítico” ou “de ligação”)

preferência por uma ou outra escolha, em cada caso. Freud apresenta de maneira didática um resumo dos caminhos que conduzem à escolha de objeto:

Conforme o tipo narcísico:

- a) o que se é (a si mesmo)
- b) o que se foi
- c) o que se gostaria de ser
- d) a pessoa que outrora fez parte de nosso próprio Si-mesmo.

Conforme o tipo por veiculação sustentada:

- a) A mulher que nutre
- b) O homem protetor. (Freud, 1914/2004, p. 109-110)

Esse apoio entre as pulsões contempla, não há dúvida, a relação primordial mãe-bebê. No entanto, cabe destacar que apoio aqui não se refere à relação entre a criança e a mãe mas às pulsões entre si. (Freud, 1914/2004, p. 126, n. 57) Apesar disso, essa discussão teórica possibilita uma importante abertura para a discussão do manejo na clínica.³⁵ Outros territórios clínicos que contemplam a relação dual mãe-bebê começam a ser explorados.

Em *O início do tratamento* (1913), Freud é explícito na contraindicação da psicanálise para casos de “parafrenia”, que nesse momento, segundo Freud (1917c/1996) incluem a esquizofrenia e a paranoia. A despeito da inadequação do método, no entanto, mais ou menos na mesma época, já havia começado a ganhar relevo na teorização freudiana, como vimos, o problema das psicoses, que culmina na publicação do texto sobre o narcisismo (Freud, 1914b/1996). O conceito de narcisismo permite a Freud abarcar a paranoia, a esquizofrenia e a melancolia – que possuem manifestações clínicas bastante distintas – no campo das *neuroses narcísicas*, em oposição às *neuroses de transferências* que incluem a histeria, a histeria de angústia e a neurose obsessiva. A transferência é, então, eixo do diagnóstico, e situa o limite do analisável pela técnica clássica.

Na *Conferência XXVII – Transferência* (1917), Freud constrói o texto em torno desse mesmo argumento: o que há em comum nas neuroses narcísicas é a incapacidade de realizar transferência positiva, sendo, portanto, intratáveis pela técnica clássica. As neuroses narcísicas seriam aquelas nas quais haveria uma “ausência de transferência” ou apenas “traços insuficientes dela”. (Freud, 1917c/1996, p. 447-8) Novamente a transferência negativa é mencionada:

³⁵ A ideia de relação anaclítica é evocada por Winnicott para trabalhar o conceito de independência. Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência entre a necessidade e o desejo.

Na medida em que a transferência leva um sinal “mais”, ela reveste seu médico de autoridade e se transforma em crença nas suas comunicações e explicações. Na ausência de tal transferência *ou* se a transferência fosse negativa, o paciente jamais daria sequer ouvidos ao médico e a seus argumentos... Portanto, em geral um homem só é acessível, também a partir do aspecto intelectual, desde que seja capaz de uma *catexia libidinal de objetos*; e temos boas razões para reconhecer e temer no montante do seu narcisismo uma barreira contra a possibilidade de ser influenciado até mesmo pela própria técnica analítica. (Freud, 1917c/1996, p. 444) [itálicos nossos]

Importante destacar novamente a distinção entre “ausência de transferência” e “transferência negativa”. A transferência negativa indica haver “vínculo afetivo” (Freud, 1917c/1996, p.444) e não deve ser considerada nos mesmos termos que a *ausência de catexia libidinal de objeto*, confusão a que se está suscetível posto que a transferência negativa leva, efetivamente, a dificuldades no manejo e, não raro, ao abandono do tratamento e à impossibilidade de influência analítica. A discussão sobre as identificações narcísicas, na melancolia, e sobre a transferência negativa, na paranoia, que apresentaremos a seguir, permite vislumbrar os caminhos teóricos pelos quais começa a se desvendar essa aparente contradição entre narcisismo e transferência negativa.

A leitura da transferência negativa na paranoia, tal como aparece em *Dinâmica da transferência* (1912), explicita as relações entre o narcisismo – em seu sentido estrito, como ausência de catexia de objeto – e a transferência negativa. Ao afirmar: “Quando a capacidade de transferência torna-se essencialmente negativa, como nos paranoicos, acaba a possibilidade de influência ou cura”, Freud (1912a/2010a, p. 145) nos coloca diante da paradoxal afirmação de que há um tipo de transferência que acaba com a possibilidade de influência, posto que a transferência é, por definição, a inclusão do outro em uma das séries psíquicas formadas pelo paciente. Freud afirma que há semelhanças na formação dos sintomas paranoicos e esquizofrênicos (Freud, 1911/1996), mas com lógica distinta dos sintomas “negativos” nos casos de esquizofrenia, no qual há, efetivamente, uma recusa do vínculo, uma ausência de transferência, se a tomamos no sentido freudiano. A leitura de Winnicott sobre a transferência delirante³⁶, que abordaremos ao final da presente tese, e sua apropriação peculiar do narcisismo primário de Freud, discutido por Vieira (2014), auxiliam na apreensão desse aparente paradoxo.

Embora Freud não avance nesse ponto, é possível afirmar, a partir da própria articulação teórica freudiana, que a paranoia é uma organização subjetiva que se sustenta a partir do ódio. Diferente da melancolia e da esquizofrenia, nas quais o ódio como tal não tem uma manifestação clínica explícita, na paranoia, pelo contrário, é ele que sustenta a construção

³⁶ Cf. 3.3.9 Do uso das falhas à destruição sobrevivência do analista.

delirante: “O sujeito precisa do ódio para viver, e vive para dar sentido ao ódio”. (Minerbo, 2009, p. 340)

Na leitura do caso Schreber (1911), é possível notar que a transformação do amor em ódio é central na formação do delírio persecutório. Neste texto, Freud afirma: “o caráter paranoico está em que, para defender-se de uma fantasia de desejo homossexual, reage-se precisamente com um delírio persecutório de tal espécie”. O delírio paranoico se forma para contradizer o enunciado “Eu amo ele (um homem)”:

Eu não o *amo* – eu o *odeio*. Essa contradição, que no inconsciente não poderia ter outra expressão, não pode se tornar consciente dessa forma no paranoico. O mecanismo da formação de sintoma da paranoia requer que a percepção interna, o sentimento, seja substituído por uma percepção externa. Assim, a frase “Eu o odeio” se transforma, por projeção, nesta outra: “Ele *me odeia* (me persegue). O sentimento inconsciente impulsor aparece como dedução de uma percepção externa: “Eu não o *amo* – eu o *odeio* – porque *ele me persegue*. (Freud, 1911/1996, p. 71.)

O delírio persecutório, os delírios de ciúme e a erotomania, aponta Freud, realizam transformações dessa espécie, sustentadas pelo mecanismo de projeção e na mudança de ênfase do mundo interno para o mundo externo, ao mesmo tempo em que se realiza uma “regressão ao narcisismo” (Freud, 1917e/1996, p. 427).

A reversão completa de amor em ódio e o problema do narcisismo na paranoia ganharão contornos inéditos a partir da teoria de Winnicott, além de serem temas recorrentes na teorização de grandes autores da psicanálise.³⁷

Por ora, em Freud, basta destacar a íntima relação entre a paranoia e a problemática do ódio, resultando na impossibilidade de manejo pela técnica clássica. Nesse território clínico, o acento se desloca para os problemas do narcisismo, da relação com a realidade e das vicissitudes da pulsão. (Freud, 1914/2004, 1915/2005)

No que diz respeito ao problema da melancolia, os limites, ainda em Freud, são mais tênues. Transferências “melancólicas” são identificadas por Freud em sua análise do Homem dos Ratos (1909) e traços melancólicos no caso do Homem dos Lobos (1918), ainda que, na clínica freudiana, não figure um caso clínico específico sobre melancolia. No entanto, Freud tece considerações importantes sobre esse ponto. Na *Conferência XXVII - Transferência* (1917),

³⁷ Lacan, em sua tese de doutorado, de 1932, e em seu artigo sobre o crime das irmãs Papin, no ano seguinte, toma a paranoia o modelo paradigmático da psicose, inspirado na escola kleiniana que havia considerado a posição paranoica processo arcaico, fundamental, da subjetividade. (Roudinesco e Plon, p. 574) No entanto, aqui, ao que parece, há uma distinção fundamental. Em Ferenczi e Winnicott a paranoia não aparece como base da constituição subjetiva. Pelo contrário, para Ferenczi e Winnicott, a paranoia se configura como medida defensiva frente a intrusão ambiental (Martins, 2009) e é partir dessa ideia que o manejo clínico da paranoia é articulado.

Freud destaca que os pacientes melancólicos, em vez de hostilidade ou amor, constroem um campo transferencial caracterizado pela “indiferença”. As intervenções do analista não impressionam, não lhes chegam e os pacientes permanecem frios.

Embora a hostilidade não esteja explícita no campo transferencial, ela tem papel fundamental na dinâmica intrapsíquica do sujeito melancólico, tal como apresentado no clássico *Luto e Melancolia* (1917). Enquanto no luto há um desligamento progressivo do objeto perdido, na melancolia o sujeito identifica-se com ele e dirige a si mesmo a hostilidade antes dirigida ao objeto: “as auto-recriminações são recriminações dirigidas a um objeto amado, as quais foram retiradas desse objeto e desviadas para o próprio eu”. (Freud, 1917/2006, p. 105) Configura-se, assim, um retorno ao narcisismo que ocorre com mecanismo distinto da projeção na paranoia. Em vez da reversão amor em ódio da paranoia, o que está em jogo aqui é o conflito psíquico que regride via identificação. Os analisandos, no auge da melancolia, tornam-se inacessíveis, tamanha a identificação narcísica presente nessa posição:

Essas auto-recriminações têm origem nos prós e contras próprios do conflito amoroso que levou à perda do objeto de amor. Assim, o comportamento desses doentes torna-se agora compreensível: seus lamentos e queixas são acusações. Eles não se envergonham nem se escondem, porque tudo de depreciativo que dizem de si mesmos na verdade estão dizendo de outra pessoa. (Freud, 1917/2006, p. 108)

No entanto, os sujeito melancólicos não são submissos ou obedientes: “comportam-se de modo extremamente incômodo, como se tivessem sido muito ofendidos e sofrido uma grande injustiça.” Há, por trás da melancolia, uma “constelação psíquica de rebelião.” (Freud, 1917/2006, p. 108) Há uma *rebeldia encoberta*, latente nos sintomas melancólicos.

Freud destaca a ambivalência que, na autoflagelação melancólica, se expressa na satisfação de “tendências sádicas e de ódio”, antes dirigida ao objeto. (Freud, 1917/2006, p. 108) Para além do sadismo voltado contra o próprio sujeito, a melancolia tem a função adicional de hostilizar os entes queridos, pessoas que cuidam dele e que, normalmente, se encontram em seu círculo mais próximo. Em termos econômicos e dinâmicos ocorre a seguinte operação:

O investimento erótico no objeto melancólico tem um duplo destino: em parte ele regrediu à identificação, em parte, porém, foi remetido – sob a influência do conflito de ambivalência – ao sadismo, que é o estágio de desenvolvimento mais próximo do conflito de ambivalência. (Freud, 1917/2006, p.111)

Assim, em 1917, Freud está tratando de dois problemas importantes: o problema do sadismo e o da identificação. Este segundo ganhará consistência teórica a partir de seu texto *Psicologia das massas e análise do eu* (1921).

As bases para o conceito de identificação surgem da clínica da histeria, a partir da análise das identificações em jogo nos sonhos (Freud, 1900/1996). No entanto, a partir de 1921, Freud diferencia *identificações histéricas*, nas quais “uma escolha de objeto regride para uma identificação” (Freud, 1921/2011, p. 63) da *identificação primária*, expressão da mais antiga ligação afetiva com outra pessoa e com papel fundamental na “pré-história do complexo de Édipo.” (Freud, 1921/2011, p. 60). Essas identificações, ambivalentes desde o início, podem ser tanto “expressão de ternura” como “desejo de eliminação” e são derivadas da fase oral canibalista. Essas identificações constitutivas, como veremos, permitem um importante ponto de contato com a teoria de Winnicott³⁸.

Mas será pela via das identificações narcísicas – a partir da identificação ao objeto perdido da melancolia que “mostra o eu dividido em dois pedaços” (Freud, 1921/2011, p. 67) – que as relações com a agressividade e o manejo clínico se tornarão especialmente profícuas, sobretudo no que diz respeito a figuras de submissão na clínica psicanalítica.

Temos portanto que, embora Freud situe o narcisismo no limite do analisável, suas considerações teóricas extrapolam a divisão inicial e esboçam para o campo psicanalítico outras vias de articulação teórica, que se esclarecem a partir do problema da *identificação*, ou mais especificamente em Ferenczi, do problema da *identificação ao agressor*, que abordaremos no próximo capítulo.

2.2.3 Casos difíceis e situações limites.

Freud, como já dissemos, situa nas neuroses narcísicas – paranoia, melancolia e a psicose propriamente dita – o limite de atuação da técnica clássica. No entanto, nos casos que inicialmente sem se dar conta, estava lidando com dimensões não-neuróticas, ou relativas ao narcisismo, Freud experimentou uma flexibilidade técnica com implicações significativas em termos do manejo. Tentaremos demonstrar como o campo das transferências negativas se amplia através de casos clínicos cuja dinâmica da transferência apresenta outras nuances não privilegiadas nos *Artigos sobre a técnica* (1911-1915).

³⁸ Cf. 3.3 Winnicott: Os manejos da agressividade e da destrutividade na clínica.

Nos casos clínicos que abordaremos a seguir, a pretensão não é fornecer uma leitura extensa do caso, tampouco um posicionamento diagnóstico. O intuito é, apenas, contemplar os problemas clínicos que envolvem o manejo da transferência negativa em análise, em especial, o problema da adesividade transferencial, da ausência de demanda para análise e da contratransferência em casos difíceis. A hipótese subjacente é que esses casos permitem uma aproximação aos problemas clínicos abordados por S. Ferenczi e D. Winnicott. Os pontos de contato entre as clínicas freudiana, ferencziana e winnicottiana começam a se evidenciar. Desse modo, teceremos algumas notas sobre o caso do Homem dos Lobos (1918), a Jovem Homossexual (1919) e, menos conhecido, o caso A.B.

Um analista, interessando pelo rigor teórico, poderia argumentar “mas todos os pacientes são difíceis!”, em referência à dificuldade inerente a todo trabalho analítico, ou ainda, “aquele paciente é difícil para aquele analista”, enfatizando os aspectos contratransferenciais e a singularidade da experiência analítica. No entanto, consideramos a expressão adequada por remeter a problemas de manejo que *são comuns ao campo analítico* em determinado *contexto histórico*. A expressão não pretende abarcar a singularidade da experiência clínica nem a universalidade do conceito, mas circunscrever uma modalidade de problemas clínicos comuns aos analistas.

Partimos de Freud, que inaugura a discursividade psicanalítica (Foucault, 1969/2006), para tentar demonstrar os pontos de tensão entre a experiência clínica e a sua teoria da técnica, que podem ser delineados a partir da leitura da transferência negativa (ou da ausência dela) e de esboços do uso da contratransferência no território clínico. A essas situações demos o nome, emprestando a expressão de Roussillon (1991/2013), situações limites da análise.

Mais do que apontar possíveis “soluções” de manejo, nosso intuito é problematizar a teoria da clínica. A esse respeito, Anna Freud [citada por Gardiner, 1981, p. 402] nos traz uma importante advertência, ao se referir às infundáveis discussões sobre o caso do Homem dos Lobos. Pensamos que sua pertinência não se restringe ao restrito campo da análise desse polêmico caso, mas serve também como advertência ao campo psicanalítico de modo geral:

Houve recentemente na Sociedade uma discussão sobre os progressos técnicos em psicanálise. Alguém disse que se o Homem dos Lobos estivesse agora em tratamento e se sua relação arcaica com a mãe tivesse sido analisada (na transferência), ele teria sido completamente curado, sem resíduos obsessivos ou qualquer outro. Eu penso que isso é uma das ilusões psicanalíticas modernas. Eu nunca acreditei na onipotência psicanalítica.

2.2.3.1 Adesividade transferencial e técnica ativa: o caso do Homem dos Lobos

Transferências negativas estiveram presente no início do tratamento de Sergei Pankejeff, o Homem dos Lobos, como mostra a carta de Freud a Ferenczi, de 13 de fevereiro de 1910:

Um jovem russo rico que eu havia aceitado tratar por causa de uma paixão amorosa compulsiva declarou a mim depois da primeira sessão o seguinte, à guisa de transferência: “– Judeu ladrão, gostaria de te pegar por trás e cagar na tua cabeça.” Com seis anos de idade, o primeiro sintoma manifestou-se em xingamentos blasfemos contra Deus, porco, cão, etc. (Freud, 1910/1994 p. 200)

A surpreendente hostilidade que aparece nessa carta, curiosamente, não ganha espaço na análise da transferência do caso clínico publicado em 1918. Talvez porque o principal intuito de Freud com a escrita do caso seja reconstruir a história da neurose infantil do paciente, que chega à Viena em busca de tratamento em “estado de completo desamparo” (Freud, 1937a/1998, p. 232).

Embora não haja o mesmo espaço concedido à técnica que encontramos, por exemplo, no caso Dora (1905a/1996) ou no Homem dos Ratos (1909a/1996), Freud não deixa de tecer considerações sobre o campo transferencial, caracterizado por uma “dócil indiferença” (ou amável apatia, na edição Standard): “O paciente de que me ocupo permaneceu muito tempo entrincheirado, inatacável, detrás de uma postura de dócil indiferença. Ele escutava, entendia, e não permitia que nada se aproximasse.” (Freud, 1918/2010c, p. 18)

Se, no caso do Homem dos Ratos (1909/1996), a transferência negativa cresceu em intensidade ao longo do tratamento, no caso do Homem dos Lobos, o que parece ocorrer é o contrário. Embora ambos tenham recebido de Freud o diagnóstico de neurose obsessiva, as vicissitudes das transferências negativas nos dois casos são amplamente divergentes. O analisando permaneceu em análise por quatro anos e meio e obteve poucos avanços. Freud percebia que, quando vinham as primeiras “liberações afetivas”, fruto do trabalho associativo em transferência, o paciente resistia novamente. Essas dificuldades levam Freud a recorrer ao recurso pouco ortodoxo da ‘técnica ativa’ e, assim, fixar um prazo para o fim do tratamento.

Em *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919), diante da estagnação nas análises de casos de fobias e obsessões graves, Freud defende a adoção da técnica ativa, atitude ativa por parte do analista, além daquela exigida pelo trabalho de interpretação. Seria preciso, de modo a conduzir essas análises a termo, incitar o analisando, no momento oportuno, ao enfrentamento do objeto

da sua fobia ou do horror ao ato que o paralisa. Dessa maneira, Freud autoriza a experiência da “técnica ativa” que vinha sendo ensaiada, em Budapeste, por Ferenczi (1919/2011).

Nossa leitura do caso se constrói ancorada na leitura de Kupermann (2012) que reconstrói, com base na teoria da técnica, os argumentos que levaram Freud a estipular um prazo para o fim do tratamento:

No que se refere aos movimentos afetivos do analisando, como interceder na sua adesividade transferencial? Além disso, como prosseguir em uma análise que tinha encontrado um obstáculo intransponível ao trabalho da recordação? A solução imaginada fora congruente com a sua teoria da clínica da histeria: incrementar a angústia do analisando por meio da exacerbação do princípio de abstinência acreditando que, assim, a associação livre retomaria seu curso em direção à revelação dos conteúdos recalcados com a ajuda das interpretações do psicanalista. (Kupermann, 2012, p. 32)

Freud estava, portanto, diante de uma modalidade de transferência que até então não havia sido problematizada: a adesividade transferencial. No caso do Homem dos Lobos, a transferência positiva estava aparentemente estabelecida, mas o tratamento estagnado. Freud se utiliza dessa transferência já estabelecida, e coerente com a técnica ativa³⁹, tenta gerar a transformação psíquica desejada:

Tive de esperar até que a ligação à minha pessoa se tornasse forte o bastante para contrabalançá-lo, e então joguei este fator contra o outro. Determinei, não sem me orientar por bons indícios de oportunidade, que o tratamento tinha que findar num determinado prazo, não importando até onde tivesse chegado; prazo este que eu estava decidido a cumprir. O paciente acreditou afinal em minha seriedade. (Freud, 1918/2010c, p. 19)

Convencido de que o tratamento estava perto do fim, o analisando começa a produzir o material analítico que levaria a elucidação dos sintomas:

Sob a pressão inexorável desse limite de tempo, sua resistência, sua fixação na enfermidade cedeu, e num período relativamente curto a análise forneceu todo o material que possibilitou o levantamento das inibições e a eliminação dos sintomas. (Freud, 1918/2010c, p. 19)

Nesse último trabalho, que ocorreu “sem o aparecimento de resistências”, Freud finda as considerações técnicas sobre o caso. Mas em 1937, em *Análise terminável e interminável*, retorna ao tema ao pensar sobre o relativo fracasso de sua intervenção e a necessidade de trabalhar elementos residuais da transferência e traços paranoicos surgidos posteriormente. (Freud, 1937a/1996, p. 232)

No entanto, na época do tratamento, o analisando produziu material vasto sobre sua neurose infantil e melhorou os sintomas. Kupermann (2012), dialogando com Gardiner (1981), lê o que

³⁹ Cf. 3.2.2 A técnica ativa: transferência negativa e narcisismo do analista.

se passou pelo viés do masoquismo. A fixação de um prazo para o fim do tratamento teria levado Serguei à ameaça de um “abandono traumático insustentável”, diante do qual Serguei teria respondido oferecendo o material desejado por Freud. O paciente, deste modo, repete “a solução apassivada encontrada frente à figura paterna por ocasião da emergência da sua neurose infantil” (Kupermann, 2012, p. 34).

A associação entre essa fase final do trabalho e a hipnose, merece ser destacada:

Desse último período do trabalho, em que a resistência desapareceu momentaneamente e o paciente nos deu a impressão de uma lucidez em geral obtida somente nos casos de hipnose é que vêm todos os esclarecimentos que me permitiram a compreensão de sua neurose infantil. (Freud, 1918/2010c, p. 19)

Trata-se de uma passagem que contrasta visivelmente com a ideia de *luta para a superação das resistências*, que se evidencia de maneira exemplar na análise do Homem dos Ratos. Não havia o próprio Freud (1905a/1996), afinal, afirmado que é o manejo dos afetos hostis o que diferencia a psicanálise do trabalho de sugestão?

Para além das inúmeras discussões diagnósticas contempladas na coletânea de Gardiner (1981) sobre o caso, o que nos interessa destacar é justamente essa ausência de uma dimensão hostil da transferência. A descrição empreendida por Freud do caso clínico demonstra uma hostilidade surpreendente no início do tratamento mas que, ao ser enlaçada pela transferência, se transforma em indiferença e apatia. Qual seria o estatuto desta transferência que, aparentemente, se configura via apatia, mas que contempla, a uma só vez, a submissão e, ao mesmo tempo, a possibilidade de manter o analista à distância?

Neste ponto, parece que é possível desenhar uma articulação dos territórios freudiano e ferenciano. Do ponto de vista do analisando, uma forte adesão transferencial. Do ponto de vista do analista, uma avaliação de estagnação no tratamento e o desejo decidido de tomar alguma medida que gere transformação. O que nos parece é que a técnica ativa, justamente por fazer uso da autoridade, impede a realização de um trabalho comum *entre* analista e analisando. Ferenczi, a partir dos anos 1920, irá se debruçar especialmente sobre esse tipo de problemas clínicos, cujos rendimentos teóricos serão examinados no próximo capítulo da presente tese.⁴⁰

⁴⁰ Cf. 3.2.2 A técnica ativa: transferência negativa e narcisismo do analista.

2.2.3.2 Hostilidade latente e os limites da transferência: o Caso da Jovem Homossexual

Sei por experiência quão difícil é fazer um paciente entender precisamente esse tipo silencioso de comportamento sintomático e torná-lo ciente dessa hostilidade latente e excessivamente forte, amiúde, sem pôr em perigo o tratamento. (Freud, 1920/1996, p. 175)

Margarethe Csonka ou Gretl Csonka, como gostava de ser chamada⁴¹, chegou ao consultório de Freud sem queixa explícita, estando longe das “condições ideais” para uma psicanálise. Foi encaminhada para tratamento pelo pai que, enfurecido diante da homossexualidade da filha, busca, na análise com Freud, uma última alternativa antes de tentar forçá-la a um casamento com o intuito de “abafar suas tendências” manifestas desde a infância. (Freud, 1920/1996, p. 161)

Freud não identifica nenhum sintoma ou conflito neurótico na paciente – “não sofria em si de nada, nem se queixava de sua condição” (Freud, 1920/1996, p. 162). A paciente foi sincera com Freud: “Ela não procurou enganar-me dizendo sentir alguma necessidade urgente de libertar-se de seu homossexualismo. Pelo contrário, disse ser incapaz de imaginar outra maneira de enamorar-se, mas acrescentou que, por amor aos pais, auxiliaria honestamente no esforço terapêutico, de vez que lhe doía muito ser-lhes a causa de tanto pesar.” (Freud, 1920/1996, p. 164) Uma questão edípica parece se configurar – entre o amor dos pais e seu amor atual – mas por via muito distinta da formação de um sintoma neurótico, como vimos no Homem dos Ratos.

Freud interrompe os atendimentos em momento inicial do trabalho analítico. A analisanda não elabora o material que lhe foi apresentado e não manifesta nenhuma reação emocional mais intensa no tratamento. Não há sinal algum de hostilidade manifesta, nenhum sinal de resistência. Ela participava intelectualmente, mas não se afetava emocionalmente. A resistência, diz Freud, era inconquistável, estava situada para além da linha limítrofe a que o tratamento teria alcance. (Freud, 1920/1996, p. 175)

Na biografia de Gretl Czonka, o relato do encontro com Freud revela que a hostilidade, antipatia e revolta não eram inconscientes para a paciente. Freud lhe parecia sério e completamente inacessível. Assim as biógrafas relatam: “Mas em geral o acha desinteressante.

⁴¹ Em sua biografia, publicada um ano depois de sua morte, lhe é atribuído o nome fictício de Sidonie Csillag. (Rieder e Voigt, 2000) Cabe destacar o tom heroico com que as biógrafas narram a história da paciente e a antipatia em relação ao período da análise de Gretl com Freud.

Um homem velho que faz perguntas desagradáveis e afirma coisas incríveis, e ela, por isso, nunca sabe se acha mais enfadonho ou mais repugnante todo o procedimento” (Voigt e Rieder, 2008, p. 45). Conscientemente, queria passar uma impressão de “ingenuidade” para Freud, de modo a conseguir a sua confiança e a do pai, enquanto rearranjava seus encontros com Leonie Puttkamer, sua companheira. A impressão contratransferencial de Freud coincide surpreendentemente com o relatado na biografia. Freud sente que a paciente não confia suficientemente nele, que há uma hostilidade latente, encoberta pela transferência positiva. A alternativa encontrada por Freud foi o encaminhamento da paciente para uma analista mulher. Nesse meio tempo, a jovem prometera ao pai que, de qualquer jeito, deixaria de ver a ‘senhora’. Mas ao que parece, a paciente utilizava o horário livre depois de sua sessão com Freud para se encontrar com Leonie. (Voigt e Rieder, 2008)

Mas ainda em tratamento, a paciente traz sonhos que surgem em razão de uma aparente “transferência positiva” que, na leitura de Freud, parecem ter como importante função encobrir transferências negativas:

Em certo período, não muito depois de começado o tratamento, a jovem trouxe uma série de sonhos que, deformados segundo a regra e enunciados na costumeira linguagem onírica, podiam, não obstante, ser facilmente traduzidos com certeza. No entanto, seu conteúdo, quando interpretado, era fora do comum. Previam a cura da inversão por meio do tratamento, expressavam sua alegria pelas perspectivas de vida que então lhe abririam, confessavam seu anseio pelo amor de um homem e por filhos, e assim poderiam ter sido acolhidos como uma preparação gratificante para a mudança desejada. A contradição entre eles e as afirmativas da jovem na vida desperta, na ocasião, era muito grande. Não escondia de mim que pretendia casar-se, mas só para fugir à tirania do pai e seguir imperturbada suas verdadeiras inclinações. (Freud, 1920/1996, p. 176)

Freud, em *O uso da interpretação dos sonhos na análise* (1911/1996), havia falado de sonhos transferenciais “que correm atrás”, produzidos para agradar o analista e que nada trazem de novo. Do mesmo modo, na análise do caso, Freud atribui ao sonho um caráter transferencial: ela queria agradar Freud como gosta de agradar o pai. Curiosamente, no entanto, ao invés de somente falar sobre a transferência, Freud acresce uma consideração contratransferencial e a partir dela interpreta a transferência: “Advertido de uma ou outra ligeira impressão, disse-lhe certo dia que não acreditava naqueles sonhos, que os encarava como falsos ou hipócritas e que ela pretendia enganar-me, tal como habitualmente enganava o pai” (Freud, 1920/1996, p. 176).

A análise da transferência segue construída pelo lugar paterno:

Na realidade ela transferira o abrangente repúdio dos homens que a dominara desde o desapontamento sofrido com o pai. O azedume contra os homens, via de regra, é fácil de ser gratificado com o médico; não precisa evocar quaisquer manifestações emocionais violentas,

simplesmente expressa-se pelo tornar fúteis todos os esforços dele e pelo aferrar-se à doença. (Freud, 1920/1996, p. 177)

Freud reconhece uma hostilidade latente na transferência, manifesta pela indiferença e pelas tentativas de enganá-lo. As biógrafas da paciente confirmam e ainda complementam: as mentiras nos sonhos eram conscientes, situações reais que tinha vivido com namorada que adaptava e contava como se fossem sonhos, para enganar Freud. (Voigt e Rieder, 2000)

Diante dessa configuração transferencial, com Freud no lugar paterno, Natahy e Douville (2008), em artigo sobre o caso, perguntam: “Será possível ousar aventar que Freud não seria capaz de deslocar essa coincidência excessivamente precisa entre ele, o analista e o lugar do pai do paciente na realidade?” Mauro Mendes Dias (2012, p. 62) vai no mesmo sentido ao afirmar que, na análise deste caso, Freud estava “ele mesmo no lugar do pai”.

Ao que parece, Freud não faz o mesmo uso da interpretação que vimos em *Homem dos Ratos* (1909), quando, por exemplo, Freud aponta a “*perfeita analogia entre a fantasia de transferência e o estado atual de acontecimentos passados.*” (Freud, 1909/1996, p. 175) No caso da Jovem Homossexual, Freud diz: “eu não acredito em você” o que é diferente de, por exemplo: “há uma parte de você que quer me fazer acreditar nesses sonhos, tal como faz com seu pai”. Na formação desses “sonhos mentirosos”, Freud reconhece sua dupla vertente: “o desejo de agradar e também de trair o pai”. No entanto, na intervenção sobre a transferência, menciona somente a traição. Couvreur (2000, p. 368) afirma que essa “explicação contratransferencial” de Freud apenas reforça a transferência negativa, ainda que latente, de sua jovem paciente.

Mas há ainda um último aspecto que gostaríamos de mencionar. Gretl Csonka havia inegavelmente tentado suicídio o que, curiosamente, não adquire estatuto de queixa no tratamento. A cena que culmina nessa tentativa contém os principais elementos a partir dos quais Freud analisa a transferência. Em síntese, Freud relata que a paciente, envolvida com Leoni, não hesitava em caminhar pela cidade em sua companhia. Em certa ocasião, ao encontrá-las na rua, seu pai passa por elas com olhar irado. Diante disso e de um desentendimento com a dama que daí decorreu, a paciente saiu correndo e se atirou por um muro que dava na linha ferroviária. Vale ressaltar, no entanto, que “no relato da jovem, de seus motivos conscientes, o pai não figurou em absoluto; sequer foi mencionado o temor de sua ira. Nos motivos desnudados pela análise, por outro lado, ele ocupava o papel principal.” (Freud, 1920/1996, p. 174)

Curioso destacar, o olhar irado enfatizado na análise de Freud (1920/1996) e de Lacan (1962-63/2005), que teria levado a paciente ao ato, à tentativa de suicídio na ocasião em que pai e namorada se encontram na rua, não é mencionado em sua biografia, publicada um ano depois de sua morte. As biógrafas afirmam que a paciente nunca soube mesmo se o pai as havia visto na cena que a levou a se atirar nos trilhos de trem. Ao que consta na biografia, o que desconcertou Gretl, na ocasião, foi o desentendimento com Leonie após a reação de fuga e hesitação diante do encontro inesperado com o pai. (Rieder e Voigt, 2000) Os relatos de Freud e das biógrafas, neste ponto específico não coincidem. Não sabemos, no entanto, em que medida a narrativa na biografia não é influenciada justamente pela hostilidade manifesta da paciente em relação a esse período da análise com Freud. Mas de todo modo, ao que parece, a transferência negativa ficava latente apenas *dentro* do trabalho analítico.

Mas o que queremos acentuar é que, independente da existência real do olhar de ira paterno, essa passagem ao ato não parece ter se articulado como demanda quando o tratamento começa: a dimensão destrutiva de seu ato contrasta visivelmente com a indiferença e insubmissão que será predominante no campo transferencial.

A relação entre a ausência de demanda de tratamento e a impossibilidade de manejo das transferências negativas torna-se notável e, mais uma vez, o lugar do analista demanda problematização. A antipatia da paciente, aliada à ausência de queixa, parece, efetivamente, impedir que o trabalho analítico se estabeleça, ainda que a paciente forneça material suficiente para que uma análise seja empreendida. Mais uma vez, o manejo entra em jogo, contemplando a posição do analista no campo transferencial e uma hostilidade “não-manifesta” no tratamento.

Para além de qualquer conjectura sobre erros ou acertos de Freud – que nada acrescentam a discussão que queremos realizar – a ideia é enfatizar que o modo como o campo transferencial se constrói nesse caso, demanda do analista um trabalho especial sobre sua posição no tratamento. A contratransferência do analista, mais do que obstáculo, como veremos em Winnicott,⁴² pode se tornar operativa no trabalho clínico. Tais considerações, no entanto, extrapolam efetivamente a teoria da transferência proposta por Freud o que não o impediu, como vimos, de reconhecer uma impossibilidade de manejo e optar pelo encaminhamento de Gretl Csonka.

⁴² Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência entre a necessidade e desejo.

2.2.3.3 Caso AB: Implicação do analista e hesitação no diagnóstico

O paciente AB foi atendido por Freud entre 1925 e 1930, em momento adiantado de sua produção teórica e muito difícil de sua vida pessoal. (Viereck, 1926) Apesar de não ser um caso clínico publicado por Freud, uma parte de seu percurso pode ser reconstruído a partir das correspondências entre Freud e Pfister e pelos relatos de prontuário do hospital no qual foi internado, após o encerramento do tratamento com Freud. As considerações que apresentaremos a seguir são baseadas nos artigos *Freud e a transferência dos psicóticos* (Prado de Oliveira, 2011b) e *Freud e o caso AB: entre a esperança e a ruína* (Franco e Wondracek, 2007).

O paciente foi encaminhado a Freud pelo próprio Pfister sofrendo, entre outros sintomas, de “compulsão grave”⁴³. Freud hesita quanto à possibilidade de dar início ao atendimento, por sua própria saúde e em função da gravidade do caso. Mas acaba por receber o paciente, principalmente, ao que tudo indica, em função de sua relação afetiva com Pfister (Franco e Wondracek, 2007). O seguinte extrato da carta escrita a Pfister demonstra a hesitação de Freud, que nessa época atende dois ou três pacientes por vez (os outros, como ele mesmo diz, são médicos em formação). Apesar de não saber ao certo se aceitaria o caso, Freud faz uma primeira entrevista:

Rapidamente, após ter exposto meu plano para AB, senti uma reação. Comecei a sentir pena do coitado, e depois consegui uma hora mais propícia, talvez eu mesmo tenha superado um acesso de pusilanimidade. Portanto, enviei um telegrama para que você não fizesse nada ainda, e decidi tomar o caminho mais lento de escrever eu mesmo a seus pais. Fui muito franco com eles, expondo ao menos dois dos três motivos que eu tinha para renunciar a esse paciente: o fato dele precisar ser submetido a uma influência constante, talvez durante anos, que eu não poderia possivelmente ir até o fim; e o medo de que seu estado se agravasse... Ou o levam embora logo, livrando-me de uma tarefa difícil e provavelmente ingrata, ou, se me permitem que ele continue, minha posição será fortalecida e melhorada. Segundo as considerações de sua carta, que testemunham a incompreensão da mãe, a primeira possibilidade me parece a mais provável e não lamentarei. Mantenho-o informado, no devido momento, sobre o desenvolvimento futuro do caso AB. (Freud, 1925, citado por Prado de Oliveira, 2011b)

Apesar das dúvidas, Freud opta por iniciar o trabalho com o paciente e, no início de 1926, escreve a Pfister um interessante testemunho sobre a contratransferência, atrelada ao tema do abandono:

⁴³ Prado de Oliveira (2011b), por sua vez, menciona que o diagnóstico seria de esquizofrenia.

No que diz respeito a nosso rapaz AB, o que sinto é peculiar. Minha convicção de que está no limite de uma demência paranóide acentuou-se. Estive muito perto de abandoná-lo de novo, mas há nele alguma coisa de tocante que me impede de fazê-lo. Sob a ameaça de uma ruptura, tornou-se dócil e acessível, de modo que atualmente nos damos bem. (Freud, 1926 citado por Prado de Oliveira, 2011b)

Pelo que fica subentendido na carta, parece que Freud fala para o paciente da possibilidade de não continuar a atendê-lo, mas não fica claro se o que está em questão é uma tentativa de utilizar o recurso da técnica ativa ou a impossibilidade de Freud de poder dar continuidade ao tratamento (opções não necessariamente mutuamente excludentes, cabe destacar). Essa intervenção, diz Freud, gera uma mudança no paciente.

Mas o caso é difícil, “um desafio a seu pensamento e técnica” (Franco e Wondracek, 2007, p. 610). Após um período tranquilo, o paciente tem um piora no quadro. Freud teme que o caso acabe mal; está pessoalmente implicado nesse tratamento:

A grande deterioração, da qual faz também parte a carta que lhe enviou, tem sem dúvida algo a ver com o fato de que lhe comuniquei o segredo da neurose, que provavelmente adivinhei de modo correto. A primeira reação a esta revelação devia ser um enorme aumento de resistências. O que me dá dó, no caso, é que vai acabar mal se não acabar bem. (Freud, 1926 citado por Prado de Oliveira, 2011b)

O que parece ocorrer, em seguida, é nova melhora no quadro geral do paciente. Oito meses depois, no entanto, o curso do tratamento parece ter se estabelecido, o que demandou um grande esforço de Freud:

O que havia nele de *odioso* foi felizmente ultrapassado, sinto francamente amizade por ele e parece-me retribuir. Após *terríveis esforços*, consegui esclarecer fragmentos isolados da história de seu desenvolvimento íntimo e o efeito foi muito favorável, como puderam confirmar os pais que o viram durante as férias. Exteriormente, ainda se comporta de modo particular, bem longe do normal, o que corresponde ao caráter incompleto de nossos resultados. (Freud, 1926 citado por Prado de Oliveira, 2011b) [itálicos nossos]

Apesar da melhora, ainda na mesma correspondência, Freud hesita em relação ao diagnóstico. A relação tecida entre suas impressões contratransferenciais e sua hipótese diagnóstica merece destaque:

Além disso, evidentemente, existem neles traços inquietantes, como se estivesse para passar da neurose obsessiva para a paranoica. As ideias que surgem nele e o encadeamento de seus pensamentos são frequentemente desconcertantes e bem poderíamos classificar esses sintomas de ideias delirantes. A cada vez que *cai na resistência, digo que é uma esquizofrenia, quando alguma coisa é esclarecida, essa má impressão se apaga. Penso que vou deixar de lado o diagnóstico e vou continuar trabalhando com o material vivo*. Enquanto ele manifestar certa maleabilidade e enquanto

formos bem-sucedidos, me sentirei justificado. A impressão de que sua pessoa vale os esforços não é acessória. (Freud, 1926 citado por Prado de Oliveira, 2011b) [itálicos nossos]

Cabe reiterar o interesse pessoal de Freud por esse caso. Interesse aliás, necessário ao trabalho clínico como já havia destacado em 1895.

Para seguir adiante no caso, Freud precisa deixar de lado o diagnóstico para trabalhar com o material vivo. O caso lhe coloca em situações limites da análise e é necessária uma disponibilidade afetiva adicional. É preciso apostar na maleabilidade do paciente e também do analista. Além disso, Freud passa por um momento delicado de sua vida. Passou por perdas recentes, está lutando contra o câncer, e percebe que seu estado interfere no curso do tratamento. (Franco e Wondracek, 2007)

A dificuldade do diagnóstico e as impressões contratransferenciais contidas na correspondência apontam, mais uma vez, para um extrapolamento do campo da teoria da técnica freudiana. Na análise de AB, “a situação demanda que o analista se torne mais plástico, mais poroso, até talvez mais vacilante para poder acompanhar um ego que só conhece a dilaceração e a dissociação, que nunca chega a se tornar conflito.” (Franco e Wondracek, 2007, p. 611)

Em 1928, ao que parece diante de uma piora no quadro, Freud escreve aos pais, convencido do diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Freud acaba por optar pelo encaminhamento à Ruth Mack Brunswick (Prado de Oliveira, 2011b), a mesma analista que deu prosseguimento à análise do Homem dos Lobos.

Os registros encontrados parecem demonstrar que AB não seguiu o encaminhamento dado por Freud. Pelo contrário isolou-se na psicose, cortou relações com os pais e passou hospitalizado a maior parte de seus dias. Nos relatos de prontuário desses hospitais, fica a impressão do paciente de que os anos passados com Freud foram os mais interessantes e produtivos de sua vida. (Prado de Oliveira, 2011b)

2.2.3.4 Quando a transferência negativa não aparece no espaço analítico: os casos difíceis

Em *Psicanálise Silvestre* (1910), Freud apresenta o problema das “interpretações selvagens”, feitas sem cuidado logo no início do tratamento. Tais interpretações, diz Freud, apenas intensificam as resistências porque não esperam o estabelecimento da transferência, geram inimizade do paciente em relação ao médico e carregam a possibilidade de serem equivocadas

por sua prematuridade. Essas interpretações, diz ainda Freud, são frequentemente mais nocivas à psicanálise do que aos próprios pacientes que, mesmo tendo uma piora de sua condição inicial, podem, depois de um período “superar” tais interpretações:

Tenho amiúde encontrado que um procedimento inepto desses, mesmo se a princípio produzia uma exacerbação da condição do paciente, conduzia a uma recuperação ao final. Quando ele já insultou bastante o médico e se sente suficientemente distanciado de sua influência, seus sintomas cedem, ou ele se decide a tomar alguma iniciativa que vai no caminho da recuperação. (Freud, 1910b/1996, p. 238)

Esse exemplo, aparentemente banal, condensa uma série de assertivas que exploramos ao longo da pesquisa. Freud percebe que, diante de uma interpretação selvagem, insultos dirigidos ao analista e a sensação de distanciamento de sua influência favorecem o caminho do paciente em direção à melhora de sua condição.

Assim, do excesso interpretativo que piora a condição do analisando à busca por um caminho para a recuperação, Freud interpõe a hostilidade dirigida ao analista e o distanciamento de sua influência. Os insultos são formas muito frequentes de reagir ao excesso interpretativo, mas não as únicas. Há, evidente, uma complexidade da agressividade no campo transferencial.

No caso do Homem dos Lobos, a adesividade transferencial implica, paradoxalmente, em submissão que mantém o analista à distância. Transferências negativas em sentido estrito – como hostilidade manifesta dirigida ao analista – só aparecem no primeiro momento da análise. Paulatinamente, o que surge é uma dócil indiferença.

No caso da Jovem Homossexual, por sua vez, há uma “transferência negativa latente” que impede o trabalho de ir adiante e convoca Freud a levar em conta a contratransferência. Se Sergei Pankejeff nos mostra uma transferência via submissão, Margarethe Csonka nos mostra exatamente o contrário. A insubmissão da paciente – favorecida pela ausência de demanda do tratamento – demonstram que o “latente” da transferência negativa não pode ser considerado sinônimo de inconsciente. Ocorre apenas que a hostilidade dirigida a Freud não chegou a se manifestar explicitamente *no* tratamento, embora tenha sido percebida por Freud através dos sonhos “mentirosos”.

Por fim, no caso AB, a contratransferência permeia toda a análise do caso, evidenciando uma relação profícua entre contratransferência, diagnóstico e necessidade de uma maleabilidade do analista. A sensibilidade de Freud nas cartas trocadas com Pfister, mostram sua implicação com o trabalho clínico.

Todos os três, cada qual à sua maneira, colocam Freud em situações difíceis. O analista é convocado a questionar sua posição ética e técnica. São casos nos quais a transferência não se configura no sentido clássico e nos quais associação livre e interpretação não chegam a promover o trabalho de elaboração das resistências, condição *sine qua non*, como vimos⁴⁴, do trabalho analítico.

Se esses casos podem ser considerados casos limites, o são aqui na medida em que causam no analista a indagação sobre os limites do analisável e demandam, como veremos a seguir, um novo desenho para a teoria da agressividade.

2.3 O problema do masoquismo e o manejo das transferências negativas.

A partir da segunda tópica e da segunda teoria pulsional as discussões sobre transferência negativa se ampliam. Nosso intuito é fornecer subsídios para a articulação do problema do masoquismo à aparente “ausência de resistência na clínica” e às transferências negativas em análise. A relação entre pulsões de destruição e a criação do símbolo da negativa, serão uma chave para articulação sobre o manejo e será retomada no capítulo subsequente. Assim, refletindo a prioridade dada por Freud a partir dos anos 1920, daremos acento à metapsicologia, ainda que sempre tendo a teoria da clínica e o manejo das transferências negativas como horizonte.

2.3.1 Reação terapêutica negativa e adesividade transferencial

O narcisismo situado no campo do não-analisável pela técnica clássica poderia ter encerrado o âmbito da intervenção psicanalítica estritamente às neuroses de transferência, nas quais as capacidades egoicas de síntese e de associação estão relativamente preservadas. No entanto, como vimos no tópico anterior, Freud se permitiu alguma flexibilidade na técnica nos casos por ele denominados “neuroses graves”, quando lidava com dimensões de resistência para além do recalque e com pacientes cuja capacidade de ligação estava prejudicada, o que culminaria em seus ensaios da técnica ativa. (Freud, 1919a/2010c, 1923/1996)

No entanto, nem Freud nem Ferenczi levam adiante a empreitada, entre outros motivos, pelo reconhecimento de que qualquer tentativa de encurtamento do tratamento analítico estava

⁴⁴ Cf. 2.2.1 Elaboração e esboços de construção em análise.

fadada ao fracasso (Ferenczi, 1926/2011, Freud, 1937a/1996). A fixação de prazo para o fim do tratamento seria considerada por Ferenczi, anos depois, “o mais grave dos excessos” da técnica ativa. (Ferenczi, 1930/2011, p. 65)

Mesmo sem levar adiante a técnica ativa, os impasses do tratamento psicanalítico dos neuróticos graves e a consequente necessidade de flexibilização da técnica oferecem a Freud material clínico importante para a elaboração da segunda tópica e do dualismo pulsões de vida – pulsão de morte, nos quais a agressividade ganhará destaque especial.

Do ponto de vista da configuração do campo transferencial, Freud se encontra diante de dois polos aparentemente opostos da resistência: a excessiva adesividade da libido e a reação terapêutica negativa. (Freud, 1923/1996) De um lado, os pacientes aceitam de bom grado as interpretações oferecidas sem, no entanto, inseri-las efetivamente no fluxo associativo. De outro, rejeitam toda a consideração pelo que o analista diz, resultando, muitas vezes, em abandono do tratamento. O amplo campo das “transferências negativantes destrutivas” (Bokanowsky, 2005, 2009) começa a ser teorizado.⁴⁵

A concepção freudiana da transferência negativa começa assim, a incluir outras dimensões do território analítico, a partir de diferentes modalidades de sofrimento que se apresentam na clínica. As manifestações clínicas da transferência negativa e suas gradações demandam de Freud a reordenação da agressividade em sua metapsicologia, o que demonstra que clínica e metapsicologia permanecem, até seus últimos textos, intimamente relacionadas, ainda que o número de casos clínicos publicados diminua significativamente.

A reinscrição do dualismo pulsional em termos de pulsão de vida e pulsão de morte e a elaboração da segunda tópica fornecem os elementos teóricos que permitem a ampliação do conceito de resistência na clínica psicanalítica. Os fenômenos clínicos da compulsão à repetição e a reação terapêutica negativa, que apareciam de maneira marginal nas elaborações freudianas, passam a ser o território privilegiado do mapeamento freudiano.

Em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926), Freud nomeia, ao lado das resistências do eu, (relativas ao recalque e ao ganho secundário do sintoma) e das resistências de transferência, as resistências do id e do superego. Em espécie de continuação à problemática apresentada em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), o campo do manejo transferencial passa a englobar os fenômenos de compulsão à repetição e as atuações que incidem no tratamento psicanalítico, e que conduzem à inércia e a dificuldades no manejo.

⁴⁵ Cf. 1.1 Visão panorâmica do uso da expressão “transferência negativa” no campo psicanalítico.

A partir de então, o estatuto da agressividade na clínica psicanalítica passa a ser mais matizado, ao englobar uma problemática mais complexa do que aquela apresentada na primeira tópica. A agressividade passa a ser compreendida a partir da intrincação/desintrincação entre pulsões de vida e pulsão de morte e das relações estabelecidas entre as diferentes instâncias psíquicas (id, ego e superego). A figura clínica do masoquismo, em sua dimensão constitutiva e patológica, vem lançar luz sobre os problemas clínicos que fazem obstáculo ao tratamento, sobretudo quando o campo do traumático reincide na clínica (Freud, 1924/2007, 1930/1996), com abertura para outras dimensões de manejo. Freud passa a investigar outros aspectos do território analítico.

2.3.2 Sadismo e masoquismo em Freud

O primeiro texto clínico dedicado especialmente ao tema do masoquismo, como anuncia Freud em carta a Ferenczi de 24 de janeiro de 1919, é *Uma criança é espancada* (Freud, 1919/1996).⁴⁶ Neste artigo, o masoquismo ou, especificamente, as fantasias masoquistas são trabalhadas a partir do campo clínico da neurose, campo onírico, libinal e simbólico: “É surpreendente a frequência com que a fantasia de que “uma criança é espancada” é confessada por pessoas que buscam tratamento analítico para a histeria ou para neurose obsessiva”. (Freud, 1919b/2010c, p. 294) São fantasias que não se manifestam sem resistência, dado o misto de prazer, vergonha e culpa que a acompanham, ainda que protegidas, em primeiro momento, por impessoalidade, pela voz passiva, sem sujeito definido.

Prado de Oliveira (2014b, p. 29) destaca a relação entre a escrita desse texto, a análise de Anna Freud conduzida por Freud, entre 1918 e 1922, e o texto por ela publicado em 1924 *Fantasias de flagelação e devaneios diurnos*. No entanto, nos parece que a multiplicidade de exemplos trazidos em *Uma criança é espancada* nos permite considerar que, para além do sentido estrito da história pessoal de Freud – ou talvez justamente por ela – o texto traz contribuições significativas sobre as reversões e transformações das fantasias masoquistas no campo da neurose: “a relação com a pessoa que fantasia, seu objeto, conteúdo e significação”. (Freud, 1919b/2010c, p. 301)

Nessas transformações da fantasia – esse é o ponto que gostaríamos de destacar – Freud menciona um “trabalho de construção”. A primeira fase das fantasias aparece sem dificuldades:

⁴⁶ “Batem numa criança” é a tradução sugerida por Paulo Cesar Sousa. No entanto, como o próprio autor afirma: “A expressão original se acha na voz passiva, de modo que sua tradução literal seria “uma criança é surrada, espancada”. (Freud, 1919/2010c, p. 294) Trabalharemos alternando livremente as duas traduções.

um adulto bate numa criança, ou “meu pai bate numa criança que odeio.” (Freud, 1919b/2010c, p. 302). Na sequência, pelo trabalho de *construção* em análise seu caráter “inequivocamente masoquista se manifesta”: ‘*Estou sendo espancada pelo meu pai*’. (Freud, 1919/1996, p. 201):

Essa segunda fase é a mais importante, a mais significativa de todas. Pode-se dizer, porém, que num certo sentido jamais teve existência real. Nunca é lembrada, jamais conseguiu tornar-se consciente. É uma *construção em análise*, mas nem por isso é menos uma necessidade” (Freud, 1919/1996, p. 201)

A paradoxal “recordação de eventos que nunca foram conscientes” (Freud, 1914/2010a) que aparece em seu texto sobre elaboração reaparece aqui. Mesmo no campo da neurose, as fantasias masoquistas implicariam na necessidade de modificação na técnica? Ou as fantasias masoquistas indicam algo além da neurose? Freud havia se perguntado sobre isso dez anos antes, no contexto da clínica da neurose obsessiva:

As outras modificações da técnica, que ainda não me parecem maduras para exame, serão requeridas no tratamento das neuroses obsessivas. Nessa conexão, surgem muitas questões importantes, as quais, até aqui, não foram elucidadas: até que ponto se deve permitir, durante o tratamento, certa satisfação dos instintos que o paciente está combatendo e que diferença faz se esses impulsos são ativos (sádicos) ou passivos (masoquistas) em sua natureza. (Freud, 1910a/1996, p. 151)

Até a publicação deste texto de 1919, Freud não leva adiante tais questionamentos do ponto de vista clínico, mas consideramos importante mencioná-los porque demonstram o questionamento de Freud sobre sua teoria da clínica e também porque Ferenczi e Winnicott retomarão especificamente esses problemas em suas articulações sobre a agressividade na clínica, mas com ênfase na discussão sobre o ódio materno. Sigamos, porém, no texto freudiano.

O ponto alto do desenvolvimento teórico de Freud neste texto está na “terceira fase” das fantasias, quando se tornam mais elaboradas e também “fonte forte e inequívoca de satisfação sexual”, agora sádica. Nessa terceira fase, a criança que cria a fantasia desaparece: ela está olhando, pode haver outras crianças presentes e o espancamento pode ser substituído por castigos e humilhação. O nexos entre essas fases não está bem estabelecido, como sublinha Freud, mas sua análise remete à articulação da problemática edípica: “As fantasias de surra e outras análogas fixações perversas seriam, então, precipitados do complexo de Édipo, cicatrizes após o decurso do processo.” (Freud, 1919b/2010c)

Em síntese, Freud propõe que o amor incestuoso ligado a uma prematura escolha de objeto, ao sucumbir ao recalque, das mais variadas formas, está ligado ao surgimento do sentimento de culpa. A fantasia do período de amor incestuoso havia dito: ‘Ele (o meu pai) só ama a mim, e

não à outra criança, pois está batendo nela.’ O sentimento de culpa não pode descobrir um castigo mais severo do que a inversão desse triunfo “Não, ele não ama você, pois está batendo em você.’. (Freud, 1919/1996, p. 204)

Além disso, com base em sua teorização sobre a sexualidade infantil, Freud hipotetiza que são casos em que “um componente sádico conseguiu se desenvolver prematura e isoladamente”. No entanto, o ser espancado é, Freud sublinha, regressivo: “*Não é apenas o castigo pela relação genital proibida, mas também o substituto regressivo daquela relação*”, daí a fonte da satisfação sexual. (Freud, 1919/1996, p. 205) [itálicos no original] Veremos que, em Ferenczi e Winnicott, a leitura sobre o masoquismo vai por outros caminhos.⁴⁷

Para concluir, Freud reafirma a hipótese de um sadismo originário e com desenvolvimento autônomo na base da fantasia de espancamento: “parece haver a confirmação do ponto de vista de que o masoquismo não é a manifestação de um instinto primário, mas se origina do sadismo que foi voltado contra o eu (*self*) – ou seja, por meio da regressão de um objeto para o ego”. (Freud, 1919/1996, p. 209) No entanto, Freud considera a fase masoquista a mais importante, na medida em que se relaciona à “*relação incestuosa com o pai*” (Freud, 1919/1996, p. 213) [itálicos do autor]. Importante destacar, embora articule teoricamente o campo das fantasias em relação ao pai, Freud menciona a atitude feminina presente nos pormenores das fantasias de homens masoquistas, que são sempre castigados por mulheres: “Isso é algo desconcertante” para Freud (1919b/2010c, p. 319).

2.3.3 Do masoquismo erógeno constitutivo ao masoquismo moral

Sadismo e masoquismo sempre foram temas de inquietação para Freud. As transformações de sua concepção são visíveis nas várias notas de rodapé adicionadas ao tópico *Sadismo e Masoquismo*, integrante do primeiro dos *Três Ensaio sobre sexualidade* (1905). Em 1915 e 1924 – ano de publicação, respectivamente, de *Pulsões e Destinos da pulsão* e *O problema econômico do masoquismo* – notas de rodapé são acrescentadas ao texto de 1905, explicitando as transformações da relação entre sadismo, masoquismo e sua teoria pulsional.

Em linhas gerais, Freud mantém a unidade sadismo-masoquismo, criada por Krafft-Ebbing, no que diz respeito às perversões: “O sádico é sempre e ao mesmo tempo um masoquista, ainda que o aspecto ativo ou passivo da perversão possa ter-se desenvolvido nele com maior

⁴⁷ Cf. 3.2.5 O masoquismo em Ferenczi: o problema da afirmação do desprazer, cf. 3.3.3 Sobre o masoquismo em Winnicott: o ódio materno e sentir-se real pela oposição.

intensidade e represente sua atividade sexual predominante.” (Freud, 1905b/1996, p. 151). A articulação freudiana se constrói na medida em que trabalha sadismo e masoquismo a partir de pares de opostos: masculino e feminino, passividade e atividade.

Apesar de reafirmar a unidade sadomasoquista, Freud supõe que um dos dois elementos deve ser primário em relação ao outro. Em 1915, seguindo o argumento de 1905, reafirma a hipótese de um sadismo originário. As transformações das fantasias sádicas em *Uma criança é espancada* (1919) permitem entrever tanto o sentido amplo do sadismo em Freud, quanto seu sentido mais específico, constitutivo, distinção contemplada no uso corriqueiro da expressão “sadismo”:

O conceito de sadismo oscila, na linguagem corriqueira, desde uma atitude meramente ativa ou mesmo violenta para com o objeto sexual até uma satisfação exclusivamente condicionada pela sujeição e maus-tratos a ele inflingidos. Num sentido estrito, somente esse último caso merece o nome de perversão. (Freud, 1905b/1996, nota de 1915, p. 150)

Partindo da leitura freudiana, Birman (2009b, p.132) compreende o sadismo primário, como “potência do ser que se contraporia ativamente à perturbação desprazerosa aniquilante”. Reação ao desprazer e, ao mesmo tempo, afirmação da potência de viver que seria, necessariamente, marcada pela violência.⁴⁸

Tal hipótese é, em Freud, fiel os princípios da teoria pulsional, como força e atividade. O paradoxo, no pensamento freudiano, é justamente sua necessidade clínica de postular a existência de “impulsos masoquistas”. Birman (2009b) explicita o paradoxo: “se a pulsão é sempre atividade, um movimento que impulsiona em termos de satisfação – como entender um impulso que seja masoquista, ou seja, passivo por definição?”

A explicação freudiana da primeira tópica vai pela via da reversão do sadismo em masoquismo, a partir dos pares atividade-passividade, masculino-feminino. (Freud, 1905) No entanto, com a segunda tópica e teoria da *pulsão de morte*, a problemática do masoquismo, da passividade e da feminilidade se transformam significativamente.

O problema econômico do masoquismo (1924) consiste na descrição freudiana mais completa sobre esse “enigmático” problema. Há algo além do paradoxo da pulsão como atividade e o masoquismo como passividade que precisa ser elucidado, pois “a passividade, contudo, não é a totalidade do masoquismo. A característica de desprazer também pertence a

⁴⁸ André Martins (2009), diferencia essa leitura feita por Joel Birman da obra de Freud sobre o sadismo primário da leitura winnicottiana da destrutividade sob vários aspectos, dos quais enfatizamos o seguinte: a violência só será sentida como tal se o ambiente não proporcionar um ambiente suficientemente bom, que faça oposição e permita que a destrutividade encontre outros destinos. A natureza humana, diz Martins (2009), não é marcada pela violência.

ele – “um desconcertante acompanhamento para a satisfação de um instinto” (Freud, 1919/1996) – e que será também discutido por Ferenczi, mas por outras vias.⁴⁹ A grande questão é explicar como sofrimento e desprazer podem ser buscados em vez de servirem como advertência para o psiquismo.

Para tanto, Freud cria a hipótese de um masoquismo primário erógeno que atualiza a hipótese inicial de que o masoquismo seria a reversão do sadismo em relação ao eu. Do masoquismo erógeno, constitutivo, derivam as outras formas de masoquismo (moral e feminino). Operando a extensão do patológico ao constitutivo, *modus operandi* desde *Interpretação dos Sonhos* (1900), Freud relaciona sadismo e masoquismo à *atividade e passividade*, “características universais da vida sexual”. (Freud, 1905b/1996, 1924, p. 150) A partir daí, sadismo e masoquismo estão definitivamente na base da teoria das pulsões, com destaque especial e não mais apenas como “outras perversões”. (Freud, 1905b/1996, p. 151 n.2 [1924])

O masoquismo erógeno se refere ao paradoxal “prazer no sofrimento”, dos quais derivam o masoquismo moral, cujo principal exemplo é o sentimento de culpa, e o masoquismo feminino – a perversão masoquista propriamente dita – que consiste em fantasias ou atos de apassivação e humilhação. O problema que desconcertava Freud em 1919 retorna, mas com acento diferente. Freud dá relevo à dimensão de *desamparo* contida nas fantasias masoquistas: “o masoquista deseja ser tratado *como uma criança pequena e desamparada*, mas, particularmente, uma criança travessa” (Freud, 1924/1996, p. 180) [itálicos nossos]. Em fantasias mais elaboradas, o sujeito é colocado em uma posição tipicamente feminina: “ser castrado, ser copulado ou dar à luz um bebê.”: “uma estratificação superposta” do infantil (desamparo) e do feminino (castração, passividade), mesclada de satisfação de sentimento de culpa, através de procedimentos penosos e atormentadores.

A perversão masoquista, ou masoquismo feminino, cuja descrição clínica detalhada consta no trabalho de G. Deleuze (2009) é, em *Problema econômico do masoquismo* (1924), ponto de partida clínico para a articulação das outras formas de masoquismo, com dimensão constitutiva e menos apreensíveis à primeira vista: o masoquismo erógeno e o moral. (Freud, 1924/1996, p. 180)

Freud, para fundamentar sua ideia de masoquismo erógeno, retoma o argumento de *Três ensaios* (1905): “nada de considerável importância acontece no organismo sem contribuir com algum componente para a excitação do instinto sexual”, o que vale também para a excitação de sofrimento e desprazer. Em outras palavras, sofrimento e desprazer seriam ligadas, em graus

⁴⁹ Cf. 3.2.5 O masoquismo em Ferenczi: o problema da afirmação do desprazer.

variáveis, à sexualidade desde o início, um mecanismo fisiológico infantil que forneceria a fundamentação psicológica para a “estrutura psíquica do masoquismo erógeno”. No entanto, tal afirmação não elucida as relações estreitas entre sadismo e masoquismo. Para isso, é preciso ir adiante, a partir das relações entre as duas classes de pulsão.⁵⁰

A hipótese da “pulsão de morte ou destruição” (Freud, 1920/2006) é central para sua argumentação. A tendência a desfazer as ligações e conduzir à um estado de estabilidade relativa é característica da pulsão de morte. Mas uma vez atrelada à libido, as pulsões de morte são “amansadas” e dirigidas para o exterior. Essa tarefa é realizada pela libido com o auxílio da musculatura: “direcionada ao mundo externo, a pulsão de morte passaria então, a atuar como pulsão de destruição, pulsão de apoderamento e como vontade de exercer poder.” (Freud, 1924/2007, p. 109) Assim, é possível afirmar que há uma intrincação pulsional que subjaz o que outrora havia sido nomeado como sadismo originário (Freud, 1915/2004).

Outra parcela da pulsão de destruição estaria a serviço da função sexual na forma de sadismo em sentido amplo e, por fim, haveria ainda uma outra porção que, com a ajuda “da solidariedade excitatória sexual” (Freud, 1924/2007, p. 109) ficaria dentro do organismo, fixando uma relação entre dor e o prazer, o que seria propriamente o *masoquismo original e erógeno*. Pelo viés do masoquismo erógeno, então, Freud lança luz a outras dimensões do masoquismo, figuras da passividade que se transmutam com a teoria sexual infantil. O medo de ser devorado (oral), o desejo de ser surrado (anal –sádica), fantasias de castração (fálico), ser alvo de coito e dar à luz (genital) são possíveis graças ao amálgama pulsional que permanece dentro do organismo.

A partir daí, do ponto de vista metapsicológico, pode-se aproximar, novamente, sadismo e masoquismo: “um resíduo interno permanece”, resquício de uma amalgamação entre pulsão de morte e Eros, que é o que possibilita ao sadismo retornar ao eu via masoquismo secundário.

Assim, uma nova articulação pode ser realizada a partir das relações tecidas por Freud entre o masoquismo erógeno e o masoquismo moral. No masoquismo moral, aparentemente, se afrouxam as relações entre o sofrimento e a sexualidade. O sofrimento se impessoaliza: há necessidade de sofrer, independente de qual seja a fonte. “O sentimento de culpa inconsciente” (Freud, 1924/2007 p.112) que sempre perpassou a produção teórica de Freud, começa a ganhar estatuto metapsicológico mais preciso.

O conceito de superego como herdeiro do Complexo de Édipo é então evocado. Surgido das primeiras moções libidinais do id, fruto de identificações, o superego mantém características

⁵⁰ Seguimos, a partir de agora, na tradução de “O problema econômico do masoquismo” na tradução de Luis Alberto Hans (Freud, 2007-1924), pelo rigor metapsicológico e esclarecimento da tradução do ponto de vista técnico.

essenciais das pessoas introjetadas⁵¹: “seu poder sobre a criança, sua severidade e a tendência a exercer o controle e a punir” (Freud, 1924/2007, p. 112). Essa é uma base da transformação do sentimento de culpa inconsciente – inerente à travessia edípica – em necessidade de punição. Pela desfusão pulsional implicada nesse processo, a severidade se intensifica, mas se desloca para outras imagens suscitadas, mais impessoais: Providência, Deus, Natureza, Destino. (Freud, 1924/2007)

Esse *sadismo* disfarçado do *superego* se atrela ao *masoquismo do eu*, ainda que seja mais difícil observá-lo. O que ocorre, a partir do modelo do masoquismo erógeno, é uma ressexualização da moral após a dessexualização e aparente superação do Complexo de Édipo: “para conseguir que o representante do casal parental o castigue, o masoquista deve fazer coisas inadequadas e trabalhar contra o próprio benefício, destruir as perspectivas que se lhe abrem no mundo real e eventualmente aniquilar sua própria existência real.” (Freud, 1924/2007, p. 115)

Masoquismo do ego e sadismo do superego, assim, complementam-se mutuamente na geração *mal-estar* – “o mais importante problema no desenvolvimento da civilização” (Freud, 1930/1996) – responsável pelo sentimento de culpa e necessidade inconsciente de punição. Assim, o masoquismo moral é testemunho de fusão pulsional e sua periculosidade relaciona-se à pulsão de morte – que escapou de ser direcionada para fora pela pulsão de destruição e ficou atrelada ao “masoquismo do eu”, contando assim, com um componente erótico. O que leva Freud a concluir que, “mesmo no processo de auto-destruição do sujeito, não poderá faltar uma satisfação libidinal.” (1924/2007, p. 115) Será justamente esse ponto que será enfatizado na leitura do masoquismo em Ferenczi. No entanto, em vez da ênfase na dimensão constitutiva, o foco estará na dimensão traumática.⁵²

O masoquismo do ego, ainda que permaneça em Freud, como uma espécie de “enigma metapsicológico”, traz para a constituição do sujeito uma articulação sobre uma figura central da passividade. Ao lado do desamparo, da sedução e da feminilidade (Tavella, 2006), o masoquismo contempla uma dimensão da metapsicologia e da sexualidade humana, que não se restringe à lógica fálica e edípica. Daí porque o masoquismo é uma boa via teórica para as articulações entre Freud, Ferenczi e Winnicott.

Nesse processo, a destrutividade do sujeito – para adiantar a terminologia winnicottiana – fica impedida de seguir seu curso:

⁵¹ Cf. 3.2.1 Primeiros traçados em Ferenczi: submissão e desconfiança na transferência.

⁵² Cf. 3.2.5 O masoquismo em Ferenczi: o problema da afirmação do desprazer.

Fica claro que o redirecionamento do sadismo contra a própria pessoa – que ocorre regularmente por ocasião da *repressão cultural da pulsão* [*triebunterdrückung*] – *impede que uma grande parte dos componentes pulsionais destrutivos do sujeito sejam usados no mundo*. Pode-se então pensar que essa parcela da pulsão de destruição que foi recolhida se manifeste no eu como uma amplificação do masoquismo. (Freud, 1924/2007, p.114) [itálicos nossos]

O masoquismo do eu, assim, parece ter uma relação inversamente proporcional ao *uso das pulsões destrutivas no mundo*, que dependem, necessariamente, do trabalho de *intrincação pulsional*. Mas – esse ponto queremos destacar – mesmo que não se torne masoquismo, “a destruição que retorna do mundo exterior acaba por ser acolhida no Supra-eu [superego] e aumenta o sadismo diante do eu” (Freud, 1924/2007, p. 115). Há uma destruição que retorna de “fora”, justamente o que será a ênfase das articulações sobre o trauma em Ferenczi e Winnicott.

Cabe ainda mencionar que a problemática do masoquismo moral permite uma releitura importante da teoria freudiana da neurose. Rosenberg (2003, p. 23) enfatiza a dimensão “universal” do masoquismo no tratamento analítico, “incluindo as curas clássicas dos neuróticos”, o que se evidencia a partir da hipótese de um masoquismo erógeno constitutivo.

Para finalizar, podemos agora retomar a hipótese que estamos trabalhando: a ausência de transferência negativa na clínica e a adesividade transferencial podem estar, assim, relacionadas ao sadismo do superego sobre o ego, nada sobrando ou sobrando pouco para o *uso das pulsões de destruição no mundo*.

O que começamos a delinear é a ideia de que o trabalho das “pulsões de destruição” está implicado no trabalho de *elaboração e construção* em análise, que permite que o paciente resista e que o trabalho ocorra a partir da elaboração dessas resistências. As discussões de Freud sobre a pulsão de morte ou de destruição e o problema do masoquismo nos leva a pensar que o uso das *pulsões destrutivas* na clínica não está garantido *a priori*. Há situações nas quais a pulsão de destruição não faz seu trabalho diferencial.

2.3.4 Pulsão de destruição, cisão do eu e possibilidade de resistir

No pequeno mas importante texto *A negativa* (1925), Freud apresenta uma síntese dos processos de formação do eu articulada a sua teoria pulsional. Seu ponto de partida é clínico. Freud apresenta o símbolo da negativa como um intermediário entre o recalque e a plena aceitação de uma ideia na consciência. Quando um paciente diz, por exemplo: “Agora o sr. deve estar pensando que eu queria dizer algo ofensivo, mas realmente não é essa minha intenção”

(Freud, 1925/2007, p. 147), esse “*não*” permite que a ideia recalçada se insira no discurso sem que seja reconhecida como tal pelo analisando. O analisando quer dizer algo ofensivo ao analista, mas via *negação*, pode dizê-lo sem ter que aceitá-lo. A discussão sobre o amplo sentido da expressão *Annahme*, que apresentamos no início do capítulo⁵³ aqui se atualiza a partir da ideia da negativa como símbolo do recalque.

A negativa é, em Freud, sucedânea da expulsão e portanto, derivada da ação das pulsões de destruição:

Essa polaridade entre o incluir e o expulsar parece corresponder exatamente aos dois grupos de pulsões que supomos existirem. A confirmação [*Behabung*] seria um substituto da unificação e pertenceria a Eros; a negativa [*Verneigung*] seria, então, a sucessora da expulsão, pertencendo à pulsão de destruição. (Freud, 1925/2007, p. 150)

Nessa dinâmica de inclusão e expulsão, Eros e pulsão de destruição se articulam e estão implicados na formação do eu e na passagem do princípio do prazer ao princípio de realidade.

No início, seguindo o princípio do prazer, o que é bom é incluído (pela ação de Eros) e o que é mau é expulso (pela ação da pulsão de destruição). Como consequência, no início, não há distinção entre o que é mau, estranho e externo ao eu. Ainda que a pulsão de destruição já exerça aqui uma importante função diferenciadora, a serviço do princípio do prazer, ainda não conhece a realidade externa: a distinção entre “objetivo e subjetivo não existe desde o início”. (Freud, 1925/2007, p. 149)

Em seguida, inicia-se gradualmente a passagem para o princípio de realidade, quando os “objetos que outrora trouxeram satisfação, já tiverem sido perdidos” (Freud, 1925/1996, p. 149). O teste de realidade se inicia, na tentativa de verificar se algo presente na representação pode ser *reencontrado* na percepção. A partir de então, a distinção entre *dentro* e de *fora*, que antes seguia apenas a lógica do princípio do prazer (se bom, engulo, incluo, se ruim, cuspo, ou expulso) passa a levar em conta a percepção: “o não-real, isto é, aquilo que é somente imaginado [*das Vorgestellte*], o subjetivo, está presente somente no dentro; enquanto o real estará *também* no fora” (Freud, 1925/2007, p. 149).

Os processos secundários – a função intelectual, a capacidade de pensar – estão, assim, ligados, ainda que indiretamente às pulsões primárias e suas respectivas funções de inclusão e expulsão, portanto, atrelados à formação dos limites entre eu e não eu.

Será justamente esse o aspecto enfatizado por Winnicott em sua teoria da destrutividade primária, que implica na consideração do conceito objeto transicional, cuja originalidade

⁵³ Cf. 2.1.1 Primeiros traçados da transferência em Psicoterapia da Histeria.

consiste em delimitar a existência de um espaço paradoxal nem dentro nem fora. (Winnicott, 1917/1975)⁵⁴.

Mas anos antes, em 1911, Sabina Spielrein (1911/2008), com seu texto *A destruição como origem do devir*, já havia postulado a existência de uma pulsão de destruição, concebida não somente como negativo do desejo sexual, da procriação e da criação, mas também como base de toda a atividade diferenciadora do eu (Bournova e Passone, 2009).

Bartebly, de Melville – discutido por Deleuze (2011) –, com seu “*I prefer not to*” repetido à exaustão, nos oferece um exemplar modelo do negativismo psicótico, mencionado por Freud, índice de desfusão e separação das pulsões (Freud, 1925/2007, p. 150) e que mostra a função diferenciadora radical entre eu e o outro, quando a negação gera um abismo impossível de atravessar.

Mas o que dizer de um campo transferencial no qual o que predomina é justamente o contrário? Quando as pulsões destrutivas não aparecem *na* transferência, nas quais o *não* é substituído pelo *sim* como peculiar forma de resistir?

Não estaria o Homem dos Lobos, com sua dócil indiferença, utilizando uma peculiar maneira de resistir, na qual o *não* é substituído por um paradoxal *sim* que mantém o analista à distância? O paciente “escutava, entendia, e não permitia que nada se aproximasse” (Freud, 1918/1996, p. 18), continuava comparecendo às sessões, produzindo o material desejado, mas a despeito disso, nenhuma modificação significativa se passava. Não estaria em jogo aí uma impossibilidade de diferenciação entre eu e outro, uma dificuldade de apropriação singular do material produzido em análise?

Tanto Ferenczi quanto Winnicott investigaram esse território clínico, o que lhes permite destacar o “valor positivo da resistência de pacientes neuróticos” (Winnicott, 1950-55/2000, p. 299), e cuja ausência remete ao masoquismo mas também a outras figuras de submissão na clínica – falso-*self* e identificação ao agressor – que abordaremos no próximo capítulo. Com essa peculiar forma de resistir, o *interjogo* entre inclusão e expulsão, separação e união fica de alguma maneira impedido de seguir seu curso. Para os dois autores, a clivagem do eu, será central para avançar na articulação.

Em 1938, dez anos após a virada teórica de Ferenczi, Freud abordará esse tema no pequeno artigo *Cisão do Eu no Processo de Defesa*. Uma ideia central é aqui abordada: a cisão do eu é ocasionada por um rompimento na tessitura [*Einriss*] do Eu ocasionada por trauma psíquico. (1940[1938]/2007, p. 171) Esse será o mote seguido por Ferenczi e Winnicott. A cisão do eu

⁵⁴ Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre necessidade e desejo.

estará atrelada à impossibilidade das pulsões de destruição seguirem seu curso. Assim, o problema do manejo da transferência negativa se amplia. Aliás, nesse território clínico, já não fará sentido utilizar a expressão transferência negativa, tamanha a peculiaridade das vicissitudes da agressividade nesse contexto clínico. A cartografia da transferência em Ferenczi e Winnicott seguirá outros caminhos.

Por ora, interessa-nos seguir as pistas deixadas por Freud. Para concluir nosso percurso em Freud, passaremos pelo texto *Esboço de Psicanálise* (1940[1938]), em tentativa de apresentar um mapeamento geral, espécie de síntese, dos principais aspectos do manejo das transferências negativas que destacamos ao longo do presente capítulo. Após essa apresentação – que talvez soe repetitiva para o leitor que acompanhou detalhadamente o texto – buscaremos argumentar que o problema do masoquismo permite vislumbrar outros sentidos para as transferências negativas em análise. Nesse ponto final, nos afastaremos da argumentação estritamente freudiana, em leitura mais livre tentando extrair, com o apoio de Birman (1999, 2006) e Kupermann (2008, 2010), algumas consequências mais amplas da teoria da segunda tópica para a discussão sobre a positividade da resistência em análise e a implicação do analista no manejo da transferência. A ideia é esboçar a transferência negativa como resistência à submissão no trabalho analítico.

2.3.5 O testamento de Freud: outras vias para o manejo das transferências negativas.

Esboço de Psicanálise (1940[1938]), texto freudiano inacabado e publicado postumamente, consiste em apresentação concisa e consistente da teoria psicanalítica. Peter Gay (2002, p. 572) dá lugar de destaque à obra: “Com sua abrangência e advertência implícita contra a petrificação do pensamento psicanalítico, ele pode figurar como o testamento de Freud para a profissão por ele fundada”. Freud realiza uma espécie de compilação do estado da arte da psicanálise e dos problemas clínicos e teóricos que a permeavam na época. No capítulo sobre a clínica, apresenta os princípios da técnica clássica e os problematiza nos termos da segunda tópica e segunda teoria pulsional. Além disso, a concepção freudiana do manejo da transferência em *Esboço* nos indica importantes pontos de contato com a proposta clínica de Ferenczi e Winnicott.

Em *Esboço*, Freud serve-se de uma metáfora bélica – expediente notável na análise do Homem dos Ratos – para descrever o percurso e os objetivos da análise: o “plano de cura” consiste em aliança entre o ego enfraquecido do paciente e o analista para lutar contra os inimigos: as exigências do id e do superego. A aliança baseia-se na conhecida regra: o paciente

oferece sinceridade e adesão à regra fundamental da psicanálise, *a associação livre*, e o analista, por sua vez, oferece discrição, conhecimento e interpretação.

A transferência – *retorno, reencarnação* na figura do analista de figuras da infância e passado – é apontada por Freud como elemento que complexifica o plano de cura. A transferência positiva, diz Freud, serve ao tratamento porque reproduz situações que jamais seriam trazidas pela fala, possibilita efeitos terapêuticos e amplia o grau de influência sobre o paciente: “Seu ego fraco torna-se forte; sob essa influência realiza coisas que, ordinariamente, estariam além de suas forças; desiste dos sintomas e aparenta ter-se restabelecido – simplesmente por amor ao analista” (Freud, 1940[1938]/1996, p.189). Os sentimentos hostis também são transferidos: surgem da repetição do passado e, tal como no desfecho do Édipo, surgem da frustração dos desejos eróticos inconscientes que se atualizam na figura do analista.

Quanto a seu manejo, Freud afirma que manter insatisfeitos os desejos relativos à transferência, a partir da regra de abstinência, pode ser ocasião para mudança ou, se as transferências negativas dominarem o quadro, podem desfazer os efeitos terapêuticos e impossibilitar o trabalho analítico. Para evitar que tome rumos indesejados, Freud preconiza o *manejo cuidadoso da transferência* que implica em deixar claro para o paciente que o que lhe parece *novidade na transferência* é, na verdade, *reflexo do passado*. Para que esta garantia se mantenha é preciso, além de não negligenciar os primeiros sinais de transferência negativa, tomar cuidado para que nem amor nem hostilidade atinjam grau extremo.

Freud insiste na importância de tornar claro ao paciente a repetição na transferência e de manter “distinção rigorosa” entre o que é conhecimento do analista e o que é do paciente, mantendo o foco no trabalho interpretativo. Com o auxílio das interpretações do analista e das associações livres do paciente, ambos vão se apoderando de partes do id ou eliminando-as completamente, a partir da capacidade que o ego tem ou não de enfrentá-lo. Tal manejo se mostra adequado ao trabalho de superação das resistências devido ao recalque.

Outras duas formas de resistência, afirma Freud, são mais difíceis de vencer, pois embora não impeçam o trabalho intelectual (interpretativo), o tornam completamente inoperante. Trata-se da ação do superego e da pulsão de morte que se manifesta na necessidade do paciente estar doente e sofrer e através também do sentimento de culpa. Quanto ao manejo nestes casos, Freud afirma: “Para desviar esta resistência, somos obrigados a restringir-nos a torná-la consciente e a tentar promover a lenta demolição do superego hostil” (Freud, 1940[1938]/1996, p. 194)

A problemática do trauma e do masoquismo, fruto da clínica com pacientes neuróticos graves, aponta, portanto, já em Freud, uma tendência para outras possibilidades de manejo da

transferência, a partir de problemas impostos pelas relações entre as diferentes instâncias psíquicas e pelos problemas de alterações no eu. Freud (1940[1938]/1996) afirma que o eu desses pacientes encontra-se inibido pelo superego, não consegue se desviar do id, possui uma organização danificada, perdeu a capacidade de síntese e está dilacerado por impulsos mutuamente opostos.

Em pacientes com esse nível de alteração no eu, a transferência negativa pode se apresentar como um grande obstáculo ao tratamento. Diante das tentativas do analista de tornar as resistências conscientes e colocá-las em conexão com o restante do eu, Freud nota que esses pacientes deixam de apoiar os esforços do analista, descumprem a regra fundamental e perdem a convicção do poder curativo da análise. Em outras palavras, Freud se depara com “uma resistência contra a revelação de resistências” (Freud, 1940[1938]/1996, p. 255):

...sob influência dos impulsos desprazerosos que sente em resultado da nova ativação de seus conflitos defensivos, as transferências negativas podem agora levar a melhor e anular completamente a situação analítica. O paciente agora encara o analista como um estranho que lhe está fazendo exigências desagradáveis e comporta-se para com ele exatamente como uma criança que não gosta do estranho e não acredita em nada do que este diz. Se o analista tenta explicar ao paciente uma das deformações por este efetuada para fins de defesa, e corrigi-la, encontra-o incompreensivo e inacessível a argumentos bem fundados (Freud, 1940[1938]/1996, p.255).

Como estratégia de manejo, Freud aponta a necessidade de promover *lenta demolição do superego hostil*, mas este trabalho de demolição não encontra articulação em sua teoria da técnica. Parece que Freud identifica uma dimensão peculiar do trabalho de superação das resistências do superego, mas não possui dispositivos clínicos para manejá-las, sendo “obrigado a se restringir a torná-las conscientes” e esperar sua essa lenta demolição. O que Ferenczi e Winnicott parecem demonstrar é que, nesses casos, enquanto se *espera* – sem interpretar – um trabalho clínico pode estar acontecendo, mesmo que o campo de luta para a superação das resistências não se explicita.

O *manejo cuidadoso da transferência*, nesse derradeiro texto de Freud, parece ser proposto para que a transferência evite *ultrapassar* seu campo teórico de domínio. O mapeamento da transferência negativa em Freud aponta aqui os seus limites. No entanto, Freud não deixa de esboçar outras vias. Afirma que a influência do analista sobre o paciente é possível porque o analista passa a ocupar o lugar de superego do paciente (na medida em que o superego é formado a partir das figuras parentais e são elas, em última instância, que são transferidas). Adverte que o analista não deve exercer sua influência segundo suas próprias inclinações e ocupar o lugar de professor, modelo ou ideal, embora reconheça que determinada influência

seja possível de acordo com o nível de inibição no desenvolvimento. E completa: “Alguns neuróticos permaneceram tão infantis que, também na análise, só podem ser tratados como crianças.” (Freud, 1940/1996, p. 190) Parece que assim, ao tratar das vantagens e dificuldades do manejo da transferência e sua relação com o plano de cura, Freud considera uma dimensão de intervenção *via transferência*, o que pudemos esboçar em nossa leitura dos casos clínicos do Homem dos Lobos (1918), da Jovem Homossexual (1920) e no caso AB.⁵⁵

Além disso, embora não sejam reafirmados no capítulo sobre a técnica de *Esboço*, os conceitos de elaboração (Freud, 1914/2010) e construção (Freud, 1937b/1996), como vimos⁵⁶, fornecem importantes pistas para articulações futuras sobre o manejo da transferência. A dimensão econômica contemplada no conceito de elaboração bem como o trabalho conjunto de construção são vias possíveis para rearticulação dessas questões.

2.3.6 Transferência negativa como resistência à submissão

A abertura para outras problematizações da *resistência* na clínica psicanalítica, que já haviam sido trabalhadas em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926a/1996) possibilita tecer importantes considerações sobre o manejo, uma vez que abordam dois importantes problemas transferenciais que antes anunciamos: a adesividade transferencial e a reação terapêutica negativa.

As resistências do superego dizem respeito à relação sadomasoquista estabelecida entre essa instância e o eu. Como vimos, o sadismo do superego e o masoquismo do ego seriam responsáveis pelo sentimento inconsciente de culpa e pela consequente necessidade de punição, que faz com que os pacientes resistam à cura. Masoquismo moral é o termo utilizado para tratar desta complexa relação de submissão e servidão entre as instâncias psíquicas (Freud, 1924/1996). A dimensão mortífera da melancolia aparece aqui como a manifestação mais explícita da pulsão de morte e da crueldade do superego, dando continuidade à discussão sobre as identificações narcísicas, iniciadas desde *Luto e Melancolia* (1917).

É sobre essa dimensão que podemos compreender a afirmação de Freud de que essa autodestrutividade silenciosa, voltada para o próprio eu, se não atrapalha o trabalho de interpretação, o torna completamente inoperante, o que permite, como a experiência clínica demonstra, que esses pacientes utilizem as interpretações do analista como justificativa para autopunições. Diante dessas formas clínicas de resistência, relativas ao superego, como já

⁵⁵ Cf. 2.2.3 Casos difíceis e situações limites.

⁵⁶ Cf. 2.1 Os limites na clínica freudiana: narcisismo, elaboração e outras formas de resisitir.

sublinhamos, Freud diz que não há nada a fazer, senão continuar esperando e tentar promover “a lenta demolição do superego hostil” (Freud, 1940[1938]/1996).

Quando as resistências se manifestam pela adesividade transferencial ou pela reação terapêutica negativa – casos nos quais a interpretação não leva à elaboração – é preciso criar outro arcabouço teórico que contemple as resistências do superego mas, principalmente, as incidências do id em análise. A problemática do trauma e das conseqüentes alterações do eu volta para o cerne do debate.

As resistências do id referem-se à compulsão à repetição. Ao lado do problema da fixação em traumas, nos casos de neuroses graves, os sonhos traumáticos são um ponto de partida relevante para a compreensão da compulsão à repetição. O que se repete nos sonhos dos neuróticos traumatizados de guerra é uma vivência de desprazer que busca simbolização, estando os sonhos traumáticos situados em registro diferente dos sonhos que são realizações de desejo e analisáveis pela técnica clássica (Freud, 1920/2006). O desprazer que se repete, no campo das neuroses traumáticas, refere-se à vivência de horror que acaba com as fronteiras do aparelho psíquico: “Não existe proteção possível em relação ao horror, pois aquilo que aterroriza não se circunscreve no tempo e no espaço, mas se apodera da subjetividade como uma presa, algo que lhe invade” (Birman, 1999, p. 148). Nessa dimensão do trauma desestruturante, a ideia de conflito é parcialmente abandonada em favor da ideia de transbordamento do aparelho psíquico. (Sousa, 2007) A repetição na transferência, nesses casos, já não tem relação com a compulsão a associar, como na histeria, mas na reincidência de uma vivência de desprazer não simbolizada. Trata-se da repetição insistente do traumático, em ato na transferência. A partir daí o conceito de *elaboração* passa a demandar do analista uma presença sensível no contexto do tratamento dessas repetições, para que algo novo possa surgir. (Kupermann, 2008) Não se trata mais do trabalho de desvendamento dos sentidos, como na clínica da histeria, mas de “algo de ordem prospectiva, isto é, num *vir-a-ser* da subjetividade em análise” (Birman, 2006, p. 333).

Se levarmos adiante a ideia entrevista por Freud de que, nos fenômenos de compulsão à repetição, o trabalho se desloca da interpretação para a sustentação do manejo transferencial para que a elaboração possa acontecer, é possível atribuir outro estatuto às manifestações de transferência negativa. Se o desprazer que se repete na transferência é da ordem do traumático não-simbolizado, a defesa agressiva frente a uma “revelação” do analista pode ser efetivamente um ato inédito de um eu que, diante da reincidência do trauma, está agora em condições de

resistir. (Birman, 2006). A pulsão de destruição pode, então, exercer sua potência diferenciadora. (Freud, 1925/2007)

A insistência do trabalho de interpretação, nestes casos, pode ser nociva quando o paciente traumatizado não encontra no espaço clínico condições de manifestação de resistência. Pode tanto anular a experiência analítica e levar o paciente à reincidência traumática quanto resultar em adesão submissa às interpretações do analista, como forma de proteção contra a revivência traumática, isolando a dimensão afetiva e tornando a análise interminável. (Robert e Robert, 2010)

Estamos agora em condições de articular o problema do masoquismo moral à questão do trauma que, não por acaso, emerge no mesmo contexto teórico. A adesão submissa e masoquista do eu aos imperativos superegoicos poder ter a importante função de garantir ao sujeito uma unidade narcísica que opera como proteção da vivência traumática do desamparo, tendo como resultado um eu culpado, enrijecido e reativo. Se concordarmos com Freud (1940[1938]/1996), acerca da tendência dos neuróticos de colocarem o analista no lugar do seu superego, vemos uma configuração transferencial que pode adquirir contornos sadomasoquistas, a partir do modelo do masoquismo moral.

Neste campo clínico, o manejo das transferências negativas se complexifica, a partir de seu caráter paradoxal. Se, de um lado a transferência negativa pode operar como resistência para manter a unidade narcísica e proteger do desamparo, de outro, pode configurar uma tentativa de demolição do superego hostil por meio das vicissitudes pulsionais proporcionadas pelo campo transferencial. O campo do imprevisível na clínica analítica aqui se evidencia, abrindo espaço para a apreensão da transferência negativa não como obstáculo a ser vencido ou como o limite do analisável, mas como *resistência à submissão* no trabalho clínico. Tal leitura é coerente com a concepção de agressividade compreendida a partir da intrincação da pulsão de vida com a pulsão de morte, que se direciona para o exterior, sendo, portanto, indispensável para afirmação da vida (Freud, 1924/2007).

Vimos que, no manejo transferencial na histeria, a interpretação da transferência auxilia no trabalho de admissão na consciência de uma ideia com intensidade até então insuportável: saber dói, e a análise auxilia a suportar essa dor (Kupermann, 2008). No campo da reincidência do traumático, não se trata de uma representação recalcada que causa a resposta de angústia no eu. Pelo contrário, é a própria dor que reincide e pede simbolização. O conceito de elaboração como destino possível para os fenômenos de compulsão à repetição aponta a abertura, em Freud, para

a dimensão sensível da clínica, na qual a simbolização se constrói atrelada ao campo afetivo da experiência analítica (Kupermann, 2010).

Assim, as transferências negativas passam a indicar para além da ambivalência, um campo complexo de relações tecidas entre narcisismo e a formação do eu, que se complexifica com a articulação entre masoquismo e desamparo, perpassado pelo conceito de pulsão de morte. As modalidades de sofrimento com as quais Freud se depara dão abertura cada vez maior para a articulação do campo pulsional em sua relação com a alteridade. O masoquismo do eu e o sadismo do superego se conjugam permitindo delinear a dimensão de gozo presente na neurose, mas também abrindo o campo para o estudo dos casos limites, nos quais, frente ao desamparo terrificante, a saída masoquista é uma das respostas possíveis.

Quer se atribua a Ferenczi e Winnicott um *furor curandi* (Freud, 1915/1996), quer se reconheça autêntico *desejo do analista* (Lacan, 1964/1998), de fato, tanto Ferenczi quanto Winnicott criaram cartografia própria do manejo das transferências na clínica psicanalítica, surgidas do mesmo campo dos problemas clínicos testemunhados por Freud em *Esboço*. “O analista no lugar do superego do paciente”, a necessidade de alguns analisandos de “serem tratados como criança” e “a lenta demolição do superego hostil em análise” ganham nova perspectiva a partir da análise pelo jogo e pelo brincar.

Winnicott lembra que foi com Melanie Klein que a dimensão primitiva da constituição do superego foi oficialmente teorizada. (Winnicott, 1959-64/1983, p. 118). No entanto, a articulação freudiana sobre as origens do superego contempla sua constituição arcaica: “o superego... foi a primeira identificação, uma identificação que se efetuou enquanto o ego ainda era fraco” (Freud, 1923/1996, p. 61). Além de legítimo “herdeiro do Complexo de Édipo” (Freud, 1923/1996) – inegavelmente, elemento de maior destaque na teoria freudiana – o superego como resíduo “da antiga fraqueza e dependência do ego” (Freud, 1923/1996, p. 61) fornece subsídios para articulação sobre as dimensões mais arcaicas do superego que se atualizam na análise.

O conceito de identificação em Freud – especialmente as identificações narcísicas descritas em *Luto e Melancolia* (1917/1996) – e a divisão do ego no processo de defesa (1940[1938]/1996) serão retomadas em Ferenczi (1933/2001) e Winnicott (1950-55/2000), mas com vocabulário próprio que evidencia os impactos do traumatismo precoce e suas implicações clínicas. A aproximação entre os conceitos de clivagem traumática e identificação ao agressor, em Ferenczi (1933/2011), e o conceito de falso *self*, em Winnicott (1960/1983), como já anunciamos, serão as vias possíveis para articulação metapsicológica das defesas narcísicas que

se atualizam no campo transferencial e levam o analista a se deparar com fronteiras entre eu e o outro que oscilam entre abismo e identificação maciça. O analista é convocado a criar condições para que um espaço intermediário e simbólico se crie, a partir dos quais a destrutividade pode retomar seu papel diferenciador.

DAS TRANSFERÊNCIAS NEGATIVAS À DESTRUTIVIDADE EM ANÁLISE

...o analista, a técnica analítica e o cenário analítico, todos entram como sobrevivendo ou não aos ataques destrutivos do paciente. (Winnicott, 1971/1975, p.127)

3.1 Os territórios ferencziano e winnicottiano se entrecruzam: os casos limites

A articulação da produção de S. Ferenczi e D. Winnicott tem sido investigada em inúmeros trabalhos acadêmicos da atualidade (Berman, 2009, Borgogno, 2007, Cabré e Michaud, 2012, Guignard, 2001, Lejarraga, 2008, Kupermann, 2008). Em comum, o reconhecimento de que a concepção winnicottiana da transferência e contratransferência é tributária das investigações clínicas de S. Ferenczi.

“Herdeiro discreto de Ferenczi” (Prado de Oliveira, 2011a), em raro momento em que explicita a tradição de onde surge sua teoria, Winnicott dá créditos ao psicanalista húngaro:

Ferenczi (1931) contribuiu significativamente ao examinar uma análise fracassada de um paciente com distúrbios de caráter não apenas como um fracasso na seleção [de pacientes], mas como uma deficiência da técnica psicanalítica. A ideia implícita aí era que a psicanálise poderia aprender a adaptar sua técnica ao tratamento de distúrbios de caráter e casos *borderlines* sem se tornar diretiva, e sem mesmo perder seu rótulo de psicanálise... Aí o conceito de situação analítica começou a se alargar. (Winnicott, 1959-1964/1983, p.115-116)

Do amplo campo de investigação do manejo em casos limites – *borderlines*, no vocabulário winnicottiano –, abordaremos especialmente aqueles analisando cuja problemática remete ao falso *self*. (Winnicott, 1960/1983) Partimos da hipótese de uma herança ferencziana no que diz respeito à distinção, fundamental nos trabalhos de Winnicott, entre transferência negativa neurótica e raiva contra as falhas do analista, ponto central na análise de pacientes excessivamente submetidos ao ambiente, para os quais o trabalho de interpretação parece rodar em falso. (Winnicott, 1954/2000) Para investigá-la, seguiremos o percurso clínico de Ferenczi e Winnicott, buscando as trilhas que permitem tecer relações entre as transferências negativas e o problema da submissão no campo transferencial.

Ferenczi nota que a “clivagem psicótica” pode sobreviver em segredo, sendo manifestos apenas os “sintomas neuróticos” (Ferenczi, 1930a/2011, p. 74). Winnicott trabalha com o mesmo argumento em sua articulação sobre o falso *self*. O analisando pode apresentar uma

organização neurótica que encobre as ansiedades psicóticas. Essa é a via pela qual Winnicott define casos *borderlines*:

Pela expressão “caso fronteiro” [borderline] quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas onde o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psiconeurose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua. (Winnicott, 1971/1975, p. 122)

E se o campo clínico se situa entre neurose e psicose, a necessidade de não fazer um trabalho de síntese do caso ou o fechamento rígido do diagnóstico, que Freud já havia mencionado em seus *Artigos sobre técnica*, torna-se ainda mais necessária.⁵⁷ Se essas ansiedades psicóticas não ganharem espaço na análise, o tratamento pode seguir por anos, mas nunca termina. (Winnicott, 1960b/1983)

O problema das “transferências negativas latentes”, que estava na ordem do dia das discussões do campo psicanalítico no final dos anos 1920, começa a ganhar outra problematização. Não se trata de um ódio que não encontra vias de expressão no tratamento. O que ocorre é uma falência da capacidade de odiar ou de sentir o ódio como próprio e, como consequência, a impossibilidade da transferência negativa como resistência encontrar vias de expressão no tratamento.⁵⁸

Assim, o manejo transferencial ganha outros contornos, e permite redimensionar os sentidos da agressividade e da destrutividade na análise. A hipótese das transferências negativas como *resistência à submissão* que apresentamos no final do primeiro capítulo, encontrará uma articulação teórica que contempla os impactos do trauma no psiquismo. É como se os sentidos das transferências negativas virassem de avesso: em vez da superação das resistências, o trabalho clínico permite ao analisando o resgate (ou criação) da possibilidade de resistir *na* transferência.

⁵⁷ Cf. 2.1.3 Da insistência interpretativa à associação livre.

⁵⁸ Cf. 2.1 Resistência e interpretação no manejo das transferências.

3.2 Ferenczi: Suportar o ódio e o desprazer no manejo da transferência

3.2.1 Primeiros traçados em Ferenczi: submissão e desconfiança na transferência

No Pós-fácio do caso Dora, como vimos, Freud (1905a/1996) tece importante consideração sobre os afetos hostis na transferência, quando afirma que, se não há espaço para afetos hostis em análise e se o paciente não é tratado pelo método mas pela influência do médico, como na sugestão hipnótica, é frequente obter-se como resultado uma espécie de “dependência cega” e de “cativo permanente do enfermo perante o médico” (Freud, 1905a/1996, p. 112). No entanto, essa não é a principal ênfase de suas elaborações posteriores a respeito da transferência negativa. Relacionada à ambivalência (na neurose), à projeção (na psicose), à indiferença na (melancolia), ou ainda, à reação terapêutica negativa, as relações entre transferência negativa e o problema da submissão e da adesividade transferencial foram sempre temas marginais na teoria da técnica freudiana (Robert e Kupermann, 2012), ainda que seja possível mapeá-las a partir do problema do masoquismo, como fizemos no primeiro capítulo.

No entanto, essas foram questões presentes em Ferenczi desde seus primeiros escritos. Apesar de um percurso teórico quase *vis-à-vis* ao de Freud, pelo menos até a segunda metade dos anos 1920, é possível mapear em *Transferência e Introjeção* (1909/2011) e especialmente em *Fé, incredulidade e convicção sob o ângulo da psicologia médica* (1913/2011), as primeiras relações tecidas por Ferenczi entre transferência negativa, submissão e autoridade, que ganharão força ao longo de sua produção teórica.

Ferenczi tenta compreender o que está em jogo quando o paciente acredita em tudo aquilo que o analista diz, como *crença cega* (dogmaticamente, como numa doutrina) e quando o paciente comporta-se como criança diante de uma autoridade que o esmaga, recalando todas “suas convicções e objeções” (Ferenczi, 1913/2011) com o objetivo de assegurar a afeição do médico. Confiança/desconfiança e ceticismo/crença em análise são articuladas às vicissitudes do Complexo de Édipo e, consequentemente, às formas clínicas da transferência compreendidas na relação com as figuras paternas e maternas (outrora) onipotentes.

3.2.1.1 O conceito de Introjeção e o analista como catalisador das transferências

Se *Dinâmica da transferência* (1912) é o texto que nos fornece o mapa central da transferência em Freud, o ponto de partida a partir do qual é possível derivar as outras articulações teóricas da transferência, o mesmo se pode dizer do texto *Transferência e Introjeção* (1909), de Ferenczi. Também partindo do campo clínico da histeria, a grande

novidade desse texto é a aparição do conceito de introjeção. Diz Ferenczi: “O neurótico procura *incluir* na sua esfera de interesse uma parte tão grande quanto possível do mundo externo, para fazê-lo objeto de fantasias conscientes ou inconscientes” (Ferenczi, 1909/2011, p. 95) Os esboços da paradoxal relação entre percebido objetivo e subjetivo e movimento expansivo e erótico do sujeito em direção ao mundo, que será posteriormente articulada por Ferenczi em *O conceito de introjeção* (1912) e *Desenvolvimento dos sentidos da realidade e seus estágios* (1913) são aqui enunciados.

A introjeção, para Ferenczi, é constitutiva, na medida em que se refere a um movimento de inclusão de tudo o que pode ser incluído no psiquismo, um movimento que não se diferencia do narcísico e que compõe “as bases identificatórias do que mais tarde formará o aparato egoico como um todo” (Pinheiro, 1995, p. 51). Abraham e Torok (1995, p. 222) sintetizam as considerações de Ferenczi de maneira exemplar:

É que, precisamente, a aspiração da introjeção não é da ordem da compensação, mas da ordem do crescimento: ela busca introduzir, alargando-a e enriquecendo-a, a libido inconsciente, anônima ou recalçada. Além disso, não se trata de ‘introjetar’ o objeto, como se diz facilmente, mas, o conjunto das *pulsões* e de suas vicissitudes cujo objeto é o próprio contexto e mediador.

Ferenczi, porém, levará aproximadamente 20 anos para retomar o conceito de introjeção, mas em sentido distinto do que é aqui apresentado, uma vez que será concebida como resposta traumática e relativa à identificação ao agressor.⁵⁹ De lá para cá, segue vivo no movimento psicanalítico, com desenvolvimentos importantes na psicanálise a partir dos anos 1950. (Prado de Oliveira, 2011a, p. 54)

Mas, importante destacar, em *Transferência e Introjeção* (1909/2011), *os afetos hostis* na clínica já são sublinhados. Tudo indica que a polarização da transferência em positiva e negativa tenha a primeira aparição textual justamente neste texto: “*reconhecer a transferência das emoções positivas e negativas é capital na análise.*” (Ferenczi, 1909/2011, p. 91), antes, portanto, de sua aparição em *Dinâmica da Transferência* (1912), de Freud.

Ferenczi destaca que todo sentimento de simpatia ou antipatia se refere à uma posição sexual inconsciente e que o analista é catalisador das transferências em análise. (Ferenczi, 1909/2011, p. 106) De um lado, “o comportamento naturalmente compreensivo, benevolente, por assim dizer “paternal” do psicanalista” é capaz de engendrar “simpatias conscientes e fantasias eróticas inconscientes cujos primeiros objetos foram os pais”. (Ferenczi, 1909/2011, p. 91) Mas

⁵⁹ Cf. 3.2.4 *Identificação ao agressor e a problemática do trauma: do ódio à submissão*

também – e a esse aspecto nos interessa destacar – o analista pode operar como *catalisador das transferências negativas*:

Em contrapartida, *uma única* palavra um pouco menos amistosa, *um* comentário a propósito da pontualidade ou de qualquer outra obrigação do paciente basta para desencadear toda a raiva, o ódio, a oposição, a cólera recalcados, outrora alimentados a respeito das pessoas onipotentes que lhe impunham o respeito pregavam a moral, ou seja, os pais, os adultos da família, os educadores. (Ferenczi, 1909/2011, p. 91) [itálicos nossos]

Temos aqui, os germes das articulações posteriores de Ferenczi sobre transferência negativa: *raiva, ódio, oposição, cólera* poderão estar relacionados à onipotência, à imposição de respeito e à moral e desencadeados (ou não) pela posição do analista na transferência.

3.2.1.1 Submissão e desconfiança na transferência

Mas é na segunda parte de *Transferência e Introjeção* (1909), intitulada *Hipnose e Sugestão*, que a temática da submissão começa a ser delineada, a partir do estudo das relações entre hipnose, sugestão e transferência. A citação a seguir, que fecha o texto, é espécie de anúncio dos temas que serão desenvolvidos ao longo de sua produção teórica:

A sugestão e a hipnose correspondem à criação artificial de condições em que a tendência universal (geralmente recalcada) para a obediência cega e a confiança incondicional, sobrevivência do amor e do ódio infantil-erótico pelos pais, é transferida do complexo parental para a pessoa do hipnotizador ou do sugestionador. (Ferenczi, 1909/2011, p. 123) [itálicos do autor]

É preciso que o hipnotizado encontre no hipnotizador um mestre capaz de despertar “*os mesmos afetos de amor ou de temor, a mesma fé cega em sua infalibilidade que a criança sentia por seus pais.*” (Ferenczi, 1909/2011, p. 111) [itálicos do autor]. O argumento de Ferenczi é que o aparecimento do amor objetal e a consequente introjeção de objetos de amor no ego, faz com que a obediência “deixe de ser um desprazer”, em espécie de prenúncio à discussão posterior de Freud sobre o masoquismo erógeno. O problema da mestria – que será tratado de maneira original por Lacan (1969-1970/1992) – começa aqui, a ser articulado em relação à dimensão constitutiva do complexo de Édipo.

Mas, se de um lado, as identificações são constitutivas, de outro, podem ter efeitos catastróficos quando ultrapassam um limiar: “Naturalmente, essa obediência espontânea tem um limite que varia segundo os indivíduos e, quando esse limite é transposto pelas exigências

dos pais... pode levar a uma perturbação brutal do desenvolvimento psíquico.” (Ferenczi, 1909/2011, p. 115)

Essas “perturbações brutais do desenvolvimento” ganharão importância cada vez maior na teoria de Ferenczi, desembocando em sua teoria do trauma e, conseqüentemente, em leitura peculiar sobre o masoquismo. Ferenczi percebe uma dimensão de submissão em situações nas quais a transferência reflete uma potência paterna irreduzível, resultando ou em docilidade ilimitada ou em arrogância obstinada. Para Ferenczi, essas configurações transferenciais “confirmam a opinião de Freud de que *a credulidade e a docilidade hipnóticas encontram sua raiz no componente masoquista do instinto sexual*.” (Ferenczi, 1909/2011, p. 116)

Em seu texto de 1913, *Fé, incredulidade e convicção sobre o ângulo da psicologia médica*, o tema continua, mas agora a ênfase são os analisandos cujo negativismo e desconfiança são a tônica da relação transferencial:

A análise explica esse comportamento hostil pela decepção que esses pacientes experimentaram, decepção quanto à confiança que tinham depositado nos detentores de autoridade ou, mais exatamente, na realidade do amor deles, o que os levou a recalcar sua confiança primitiva e só deixar transparecer seu ceticismo. (Ferenczi, 1913a/2011, p. 34)

Uma relação começa a se delinear entre o problema da adesão incondicional às interpretações do analista e o negativismo e a desconfiança. Se, à primeira vista, eles nos parecem situados em dois polos distintos do campo transferencial - transferência positiva se referindo a adesão incondicional e transferência negativa ao negativismo e desconfiança - o caminhar da problematização ferencziana nos permitirá perceber que representam duas faces da mesma moeda. O paciente que “adere incondicionalmente” às interpretações do analista, de fato, desconfia.

Nesse sentido, Ferenczi afirma que o manejo da transferência necessariamente precisa levar em conta a ineficácia de qualquer tipo de intervenção baseada na autoridade, explicação ou convencimento como condição para emergência da *convicção* do paciente: “Quando o paciente vê que tem o direito de ser desconfiado, que seu pensamento e seus sentimentos não sofrerão nenhuma influência, começa a enxergar a possibilidade de que possa existir algo de verdadeiro nas falas do médico” (Ferenczi, 1913a/2011). É preciso que se crie um ambiente clínico que permita que a desconfiança ganhe espaço. Ferenczi, assim, se aproxima das advertências de Freud em relação ao excesso interpretativo que, apresentamos no capítulo anterior, mas com ênfase não apenas nas resistências que a interpretação excessiva pode acarretar: Ferenczi está

atento a possibilidade de “adesão dogmática” às interpretações do analista como uma forma peculiar de resistir.

A discussão sobre a posição do analista reaparecerá em seu texto *A técnica analítica* (1919). Como Ferenczi estava atento à problemática da obediência, da confiança e da submissão na transferência, não tardaria a se questionar sobre os paradoxos e “contradições” do manejo da transferência e da contratransferência tal como estavam enunciados na “técnica clássica”.⁶⁰ Como aponta Prado de Oliveira (2011a, p. 24):

Ferenczi é o pioneiro de um conjunto de iniciativas tão necessárias quanto as indicações de Freud são contraditórias, porque é impossível conciliar “associação livre”, “atenção flutuante” e “precisão cirúrgica”, proposições antagônicas para o tratamento psicanalítico.

De um lado, é preciso deixar que o inconsciente do analista fale, de outro, a necessidade de exame metódico e intelectual do trabalho, algo *entre* o livre jogo da imaginação e o exame crítico e que demanda o domínio da contratransferência. Corolário da teoria da técnica de Freud (1912-1915), mas com uma sensibilidade clínica tal que permite entrever suas inovações técnicas, a dimensão paradoxal da transferência e a implicação do analista no campo transferencial começam a ser delineadas. Ferenczi não tardaria a dar uma atenção ainda mais especial à transferência negativa.

3.2.2 A técnica ativa: transferência negativa e narcisismo do analista

Como vimos anteriormente⁶¹, em *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919a/2010), Freud discute modificações na técnica para análises difíceis, em consonância com Ferenczi, que havia iniciado suas experiências com a técnica ativa. Último recurso para análises estagnadas, o objetivo da técnica era incitar o paciente à atividade, quando o analista se via em uma situação limite na análise. Apesar de não trazer os resultados esperados⁶², essa fase da clínica, articulada em inúmeros textos do fim da década de 1910 (Ferenczi, 1919/2011, 1924a/2011), trazem à tona a implicação – inevitável – do analista na clínica psicanalítica.

Das situações clínicas relacionadas à técnica ativa, mais uma vez os problemas da submissão e da adesividade transferencial se destacam, a partir do questionamento de casos nos quais,

⁶⁰ Cf. 2.1 Resistência e interpretação no manejo das transferências.

⁶¹ Cf. 2.2.3.1 Adesividade transferencial e técnica ativa: o caso do Homem dos Lobos.

⁶² Como vimos na análise do Homem dos Lobos (Freud, 1918/2010c) e como será descrito por Ferenczi em *Contraindicações da técnica ativa* (1926a/2011).

apesar de analisando aceitar de bom grado as interpretações, nenhuma mudança efetiva se produz. A docilidade ilimitada e a transferência negativa aparentemente inexistente demandam, pensa Ferenczi, uma atividade do analista.

Em *Fantasias Provocadas* (1924b/2011), Ferenczi apresenta os pacientes que demandam do analista essas modificações na técnica clássica:

...um tipo de indivíduo que dá a impressão, tanto em análise quanto na vida, de com certeza ter uma atividade fantasística particularmente pobre, aqueles indivíduos sobre os quais as experiências mais marcantes não parecem deixar nenhum vestígio. Esses sujeitos são levados a evocar situações que despertariam em todo ser humano afetos intensos de angústia, vingança, excitação erótica, assim como as ações, os impulsos, as fantasias ou, pelo menos, os movimentos expressivos internos ou externos exigidos pela descarga desses afetos; ora, eles não experimentam nem manifestam o menor sinal de tais reações. (Ferenczi, 1924b/2011, p. 263)

São pacientes que dão ao campo transferencial um colorido muito diferente do que Ferenczi, e também Freud, percebiam na clínica da histeria. A grande capacidade de deslocamento de intensidades, que havia levado Ferenczi a postular o seu conceito de introjeção e as demandas amorosas, que haviam levado Freud a formular o princípio de abstinência, não eram a tônica da relação transferencial. Tampouco o clima era o mesmo da clínica da neurose obsessiva, que demandava de Freud as mais criativas estratégias para driblar a hostilidade que se impunha como resistência. Em vez de fantasias, reivindicações e conflitos, o que se verificava era uma espécie de inércia, uma obstrução no trabalho associativo. Diante dessa pobreza imaginativa, o desafio, para Ferenczi, era encontrar uma maneira de incitar fantasias no paciente.

O exemplo clínico de *incitação de transferência negativa* trazido por Ferenczi é paradigmático. Trata-se de um caso no qual Ferenczi percebia uma inibição na expressão dos sentimentos em função de ideais e de uma transferência de amizade e afeição em relação ao analista. Como recurso clínico, Ferenczi fixa um prazo para o fim do tratamento, um dos expedientes mais conhecidos da técnica ativa, provavelmente por ser o recurso utilizado por Freud na análise do Homem dos Lobos (Freud, 1918/2010c). Tal medida, no entanto, não gera o resultado esperado: em vez da reação de cólera esperada, há um abrandamento ainda maior da transferência: ausência de trabalhos e tónus, falta de afetos e de fantasias de coloração afetiva.

Diante a ausência de reação esperada, Ferenczi vai além e incita o paciente a criar especificamente fantasias de transferência negativa. O paciente resiste, no início, mas acaba atendendo ao pedido e revivendo seu “complexo de Édipo completo” (Ferenczi, 1924b/2011). Anos depois, em *O problema do fim da análise* (1928), a aceleração do final de um processo

analítico estará fora de cogitação: uma análise deve “morrer de esgotamento”. “O paciente desliga-se da análise lenta, mas seguramente; por conseguinte, enquanto o paciente quiser vir, terá ainda um lugar na análise.” (Ferenczi, 1928b/2011, p. 25)

Mas sigamos no exemplo clínico de incitação de transferência negativa que Ferenczi apresenta em *Fantasias Provocadas* (1924b/2011) para tentar responder a seguinte questão: o que permitiria a Ferenczi se autorizar a utilizar a estratégia ousada de incitação da transferência negativa? Uma pista parece estar em sua articulação entre “transferência negativa” e “resistência”, apresentada em *Perspectivas da Psicanálise* (1924a/2011), do mesmo ano. Antes, no entanto, é preciso situar o contexto da escrita desse texto, em parceria com Otto Rank.

Perspectivas da Psicanálise (1924a/2011) surge no contexto de uma discussão sobre a técnica analítica. Além da ênfase no valor da repetição [*Wiederholen*], a partir do qual se justifica que o analista incite a atividade no paciente, como parte do trabalho que leva a rememoração, Ferenczi destaca o *saber excessivo* do analista, como fonte das dificuldades técnicas com a qual a psicanálise se deparava no início dos anos 1920.

O problema que Ferenczi apresenta nesse texto chama atenção por sua atualidade, dada a relevância da discussão, no campo psicanalítico, sobre os efeitos nefastos do dogmatismo teórico e da busca permanente por uma Verdade, que impacta a direção de tratamento e, se não tornam as análises impossíveis as tornam intermináveis. (Zygouris, 2011) Segundo Ferenczi, uma posição dogmática tende a menosprezar o fator individual, a singularidade da experiência analítica: aquilo que se revela do passado e que se atualiza na *transferência*. Trata-se aqui, ao que parece, da elaboração do argumento de seu artigo de 1913, no qual enfatiza a necessidade de *viver as coisas por si mesmo* como o que possibilita a emergência da convicção em uma análise (Ferenczi, 1913a/2011). O excesso de explicações pode acabar com o trabalho analítico propriamente dito. O *fanatismo da interpretação*, ou, mais precisamente, o *fanatismo da tradução* – da busca pela verdade – dificulta o trabalho e traz à tona uma questão crucial da clínica: *a identificação ao analista*. (Ferenczi e Rank, 1924a/2011).

Assim, Ferenczi inclui o analista no mapeamento transferencial pois também aborda os limites da análise pela via do narcisismo, mas invertendo o jogo: o limite da análise pode estar no *narcisismo do analista*. (Ferenczi, Rank, 1924a/2011). Se Freud se dedica a demonstrar a dimensão intrapsíquica do campo transferencial, o que se repete do paciente – de sua história, de seus clichês estereotípicos, de sua posição libidinal (Freud, 1912a/2010a) – que se apresenta e se atualiza no campo transferencial, Ferenczi, de outro lado, inicia o projeto de investigação do que virá a chamar de “metapsicologia do analista”, com ênfase na *análise do analista*, que

será por ele considerada a *segunda regra fundamental da psicanálise*. (Ferenczi, 1928c/2011, p. 31)

Ferenczi destaca queixas dos analistas sobre pacientes que apresentam resistências demasiado fortes ou transferências intensas demais, sobretudo nos analisandos com sentimento de culpa muito virulento (Ferenczi, 1924b/2011). Nesses pacientes, a análise das resistências acabava por criar uma atmosfera analítica em que há espécie de medo de resistir. Nesse contexto, delineia-se a talvez mais explícita consideração ferencziana sobre a transferência negativa:

Outra situação analítica que também temos o hábito de classificar inadequadamente sob a etiqueta de “resistência” é a *transferência negativa*. Ora, esta última só pode manifestar sua natureza sob a forma de uma “resistência” e sua análise é a tarefa principal da ação terapêutica. Não há porque temer as reações negativas do paciente. (Ferenczi, 1924a/2011, p.256)

Podemos ver que Ferenczi joga com a palavra resistência. É inadequado considerar a transferência negativa como resistência mas, ao mesmo tempo, não lhe parece possível lê-la de outra forma. Ferenczi parece se contrapor ao uso – decerto impreciso teoricamente – da resistência como algo que desimplica o analista: “O paciente está resistindo”. Nesse sentido, Ferenczi é rigorosamente freudiano: é pela análise das resistências que o trabalho analítico ocorre.⁶³ Dizer que o paciente está resistindo é apenas ponto de partida, jamais ponto final de qualquer análise.

Além disso, parece que o sentido da resistência aqui se altera, índice de um deslocamento de matriz clínica no que diz respeito ao manejo da transferência. O “narcisismo do analista” ou “a resistência do analista”, pertinentemente destacadas por Lacan (1954-55/1978), precisam ser levadas em conta no jogo analítico, quando a interpretação é inoperante. Articulação que, como veremos, é levada adiante por Winnicott em seu estudo da contratransferência.⁶⁴

Para concluir, é possível afirmar que, ao propor a técnica ativa, Ferenczi tenta sair de sua posição inatacável e se percebe implicado no tratamento, ainda que o faça pela exacerbação da autoridade do analista. De fato, o exemplo clínico de incitação da transferência negativa é caricatural e medidas de autoridade são explicitamente desaconselhadas por ele em textos posteriores. Além disso, como apontará em *Contraindicações da técnica ativa* (1926), o recurso é indicado para “não-psicóticos”, nos quais há certa garantia de que os analisandos não se

⁶³ Cf. 2.2.1 Elaboração e esboços de construção em análise.

⁶⁴ Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre necessidade e desejo.

permitirão nenhum ato perigoso para si ou para o médico. Não se trata do campo estrito da psicose, mas de casos limites, ou neuroses graves segundo o vocabulário da época.

3.2.3 Elasticidade na técnica analítica e a traumatogênese ferencziana

A técnica ativa deixa marca indelével no campo psicanalítico, abrindo caminhos para uma articulação metapsicológica necessariamente intersubjetiva. (Prado de Oliveira, 2011a) A partir desses experimentos clínicos - percepção dos riscos e da ineficácia clínica do uso da autoridade na atividade do analista bem como a valorização da repetição e das experiências vividas [*Erlebnisse*] no trabalho analítico - uma trilha de investigação clínica profícua se inicia e resulta na proposição da *elasticidade da técnica analítica*. (Ferenczi, 1928c/2011)

Quinze anos haviam se passado desde suas contribuições essenciais. (Ferenczi, 1909/2011, 1912/2011, 1913b/2011). Ao lado de *Adaptação da família à criança* e do *O problema do fim da análise* (1928b), o texto *Elasticidade da técnica analítica* (1928) marca a virada clínica e teórica de Ferenczi. Nos textos subsequentes, as ideias ali apresentadas vão tomando corpo até chegar em *Confusão de línguas entre os adultos e a criança* (1933), provavelmente o texto de Ferenczi com maior impacto no campo psicanalítico.

Nos textos publicados a partir de 1928, para Ferenczi, não fará sentido a expressão *transferência negativa*. Ferenczi menciona um “ódio recalcado”, com poder de *colagem* mais poderoso que o amor. (Ferenczi, 1930a/2011, p. 76) Embora a expressão ódio recalcado seja problemática do ponto de vista metapsicológico, tal distinção não deixa de ser profícua no campo clínico. De todo modo, a expressão “transferência negativa” para se referir ao ódio não terá mais relevância. Ferenczi (1928c/2011) a nomeará “exercício de afetos de desprazer” dirigidos ao analista, como condição para o surgimento de uma transferência positiva. Isso porque a ambivalência amor e ódio, tão cara à neurose, tem seus contornos desfeitos diante da desestruturação causada pelo trauma. Assim, tentando abarcar a problemática do trauma, Ferenczi propõe um resgate no campo psicanalítico das bases traumáticas do sofrimento psíquico, em peculiar *retorno ao Freud* dos primeiros anos da psicanálise.

Como aponta Prado de Oliveira (2011a, p. 27), foram as dificuldades clínicas encontradas por Ferenczi em seu percurso que o levou ao retorno às primeiras teses freudianas, sobre a teoria da sedução e os traumatismos infantis. Mesmo que Freud não tenha recusado inteiramente essas teses, nunca foi muito claro a esse respeito: “ter abandonado sua *neurotica* permitiu talvez à

Freud construir seu edifício teórico, mas Ferenczi deve retornar a essa *neurotica* para consolidar seu próprio edifício teórico, na teoria e na clínica.”

Assim, Ferenczi se atreve a retornar ao território clínico explorado por Freud para, a partir dele, tentar mapear sua própria teoria: a teoria do trauma e a valorização da experiência da *catarse* na clínica. E assim, começa a se delinear uma dimensão mais primitiva, mais arcaica da transferência e o esboço de outro desenho para o sofrimento psíquico.

Se Freud (1940[1938] /1996), estava ciente da ineficácia da insistência na interpretação, que pode levar a análise para um campo predominantemente intelectual, Ferenczi, para tentar contorná-las, propõe o *laissez-faire* (Ferenczi, 1930a/2011, p. 68) – estratégia diametralmente oposta à técnica ativa – e cria um espaço clínico que favorece a regressão dos pacientes e abre espaço para a repetição do trauma na clínica. Tal proposta parece afinada às considerações de Freud sobre o manejo relativo à *compulsão à repetição*: “nós a admitimos na transferência, como numa arena em que lhe é facultado desenvolver em quase completa liberdade.” (Freud, 1914/2010a, p. 206)

Assim, apesar de importantes pontos de contato entre os autores, Ferenczi segue seu próprio projeto de investigação. Aos poucos, o psicanalista começa a perceber que, com a regressão permitida pelo relaxamento – a criação de um ambiente clínico onde o analisando pode “permitir-se tudo, impunemente, em palavras, em movimentos expressivos, em explosões emocionais” (Ferenczi, 1931d/2011, p. 284) – nem sempre um alívio era sentido. Em certos casos, pelo contrário, *a repetição acabava excessivamente bem sucedida*, com todo o horror e sofrimento a ela relacionados. Ferenczi estava, mais uma vez – como já havia se dado conta na técnica ativa – diante do risco da *reincidência traumática*. O trabalho tornava-se muito pesado para ambos, analisando e analista, como é possível observar em seus relatos do *Diário Clínico* (1932/1990).

Nesse contexto clínico, Ferenczi começa a ficar atento às queixas e acusações dirigidas a ele pelos pacientes em momentos de transe. O curioso, ele nota, é que as acusações não eram a tônica da relação transferencial: “no final da sessão, minhas interpretações eram aceitas pelo paciente com uma docilidade e um empenho impressionantes e até com certa confusão.” (Ferenczi, 1933/2011, p. 112) Em geral, não era possível perceber indícios de contrariedade nos pacientes, o que o leva a supor uma divisão no campo transferencial. Ou seja, a transferência era vivida de forma dissociada: havia afetos hostis que só eram dirigidos ao analista em situações especiais de transe. Em todos os outros momentos, o clima era de colaboração, sem indícios de contrariedade ou agressividade na transferência.

Assim, partindo da análise das dificuldades em contradizer o analista, de manifestar contrariedade e antipatia, Ferenczi parece ter a chave de uma de suas principais contribuições teóricas, o conceito de identificação ao agressor:

Cheguei pouco a pouco à convicção de que os pacientes percebem com muita sutileza os desejos, as tendências, os humores, as simpatias e antipatias do analista, mesmo quando este está inteiramente inconsciente disso. Em vez de contradizer o analista, de acusá-lo de fracasso ou de cometer erros, os pacientes, *identificam-se* com ele. (Ferenczi, 1933/2011, p. 113)

São casos nos quais, em vez da *transferência negativa* “em sentido clássico”, a questão transferencial que ganha relevo é a da *identificação*. A originalidade de Ferenczi, como veremos, está em não tratar dessa identificação no sentido regressivo, tal como em Freud⁶⁵, mas pela *progressão traumática* (Ferenczi, 1933/2011, p. 119), cuja dinâmica apresentaremos a seguir.

3.2.4 Identificação ao agressor: do ódio à submissão

A relevância do conceito de identificação ao agressor tem sido consistentemente discutida na comunidade psicanalítica (Bertrand e Bourdellon, 2009). Pela investigação do negativo de “Sua Majestade, o Bebê”, de Freud (1914/2010b), Ferenczi trata das consequências psíquicas de crianças que são “hóspedes não bem-vindos” na família. Desconfiança, ceticismo, pobreza do fantasiar e a aversão à vida são percebidas nesses pacientes que, muito precocemente, “registraram bem os sinais de impaciência da mãe e que sua vontade de viver viu-se, desde então, quebrada.” (Ferenczi, 1929/2011, p. 59) O problema da confiança que rondava Ferenczi desde seus primeiros escritos é relacionado ao desenvolvimento de uma sensibilidade especial aos afetos hostis do outro. Interessante notar o *giro* realizado por Ferenczi. Se em Freud, a ênfase é nos *afetos hostis sentidos pelo sujeito*, em Ferenczi, o campo investigado é o dos *impactos dos afetos hostis do outro no sujeito*.

Em *Confusão de Línguas entre os adultos e a criança* (1933), a dinâmica intersubjetiva do trauma será enunciada em termos da assimetria entre a sexualidade do adulto e a da criança. A sexualidade adulta é marcada pela “luta dos sexos”, que mescla amor e ódio e contrasta visivelmente com a linguagem da ternura da criança. Importante destacar, com esta distinção, Ferenczi não nega a relevância da sexualidade infantil na infância. Ao contrário, sua leitura

⁶⁵ Cf. 2.2.2 O narcisismo e os limites do analisável. Nesse tópico, mencionamos o movimento regressivo da identificação na histeria e na melancolia.

permite estabelecer uma importante diferença entre as fantasias edípicas e sexuais infantis (brincar de papai e mamãe, brincar de médico) e um “enxerto” brutal da sexualidade adulta na criança, a partir de uma situação de violência.

O traumático surge quando essa assimetria é quebrada de maneira intrusiva, quando o adulto impõe a linguagem da paixão à linguagem da ternura. Para além da proposição de que há uma dimensão traumática inerente à sexualidade, marcada pela diferença entre os sexos e pela interdição do incesto, Ferenczi explicita assim, a faceta da violência que, mais do que excesso pulsional inerente à constituição do sujeito, implica no excesso do outro que incide e cinde o sujeito.

Ferenczi usa como paradigma duas situações extremas de violência: o abuso sexual e as punições passionais. Na ocasião da violência, afirma Ferenczi, a criança sente brusco desprazer e medo intenso. Pela impossibilidade de reagir à força e à autoridade do adulto, com quem, além de tudo, mantém um vínculo, a criança acaba por “*submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmo, e a identificar-se totalmente com o agressor.*” (Ferenczi, 1933/2011, p. 117) [itálicos do autor]. Em vez de reação de recusa, ódio, repugnância ou resistência violenta, o sujeito identifica-se com aquele que o violenta.

Como aponta Prado de Oliveira (2014a), Ferenczi usa de maneira imprecisa os termos introjeção e identificação. Para resolver a imprecisão, Abraham e Torok (1995) preferem descrever a identificação ao agressor em termos de *incorporação*. Pois a ideia de introjeção ao agressor tem sentido distinto, talvez até diametralmente oposto, à introjeção tal como Ferenczi a havia apresentado em seus textos iniciais sobre introjeção. (Ferenczi, 1909/2011, 1912/2011) Naquele contexto, a ênfase era a expansão erótica do sujeito em direção ao mundo, em última instância, um processo constitutivo. Na introjeção, o outro opera como mediador para a expansão do sujeito. Na identificação ao agressor, o processo é contrário: diante da violência do agressor, o que ocorre é uma cisão e uma intrusão violenta do outro. Como consequência, os processos introjetivos deixam de seguir seu curso (Abraham e Torok, 1995).

O terror que rompe as fronteiras do aparelho psíquico⁶⁶ é, portanto, vivenciado: “Não existe choque, nem pavor”, conclui Ferenczi, “sem anúncio de uma clivagem na personalidade”. (Ferenczi, 1933/2011, p. 119) E assim, surge no psiquismo um “enxerto prematuro de formas de amor passional e recheados de sentimento de culpa” (Ferenczi, 1933/2011, p. 118). Com a

⁶⁶ A partir do qual elaboramos nossa articulação sobre transferências negativas e masoquismo no último tópico do capítulo anterior. Cf. 2.3.5 O testamento de Freud: outras vias para o manejo das transferências negativas.

incorporação do agressor – que passa então, a ser intrapsíquico – o sentimento de culpa do adulto agressor passa a ser sentido pela criança: “o jogo até então anódino apresenta-se agora como um ato merecedor de punição”. (Ferenczi, 1933/2011, p. 117) A partir de então, a origem de um superego cruel e tirânico passa a ser efetivamente relacionada à clivagem, dando outros contornos para as relações entre sadismo e masoquismo na clínica.

A “cisão do eu” ou o “rompimento na tessitura [*Einriss*] do Eu ocasionada por trauma psíquico” (Freud, 1940[1938]/2007, p. 171), mobiliza uma série de defesas arcaicas. Pode haver uma separação entre intelecto (prematuramente desenvolvido) e afetividade, uma busca constante de retornar a momento anterior ao trauma, que Ferenczi nomeia como a busca para reencontrar um estado de beatitude pré-traumática, ou ainda, uma tendência a reviver a repetidamente o sofrimento traumático, o “terrorismo do sofrimento” (Ferenczi, 1933/2011).

Além disso, a imagem evocada por Ferenczi de um “bebê sábio” - um bebê traumatizado que se desenvolve prematuramente que sabe tudo o que se passa à sua volta mas nada sente, tornando-se cuidador, em vez de ser cuidado – ilustra outro aspecto importante da clivagem: a renúncia de um cuidado de si, em prol de um cuidado do ambiente que o cerca. (Ferenczi, 1923/2011)

Esboçando algumas articulações teóricas entre Freud, Ferenczi e Winnicott, Bourdellon (2009, p. 23) afirma que a identificação ao agressor irá constituir um implante destrutor: a criança interioriza a paixão e a culpabilidade do adulto em um tipo de superego cruel. O ego, assim, torna-se empobrecido, porque, pela identificação narcísica ocorre um desligamento – ou mais que isso, um corte – de suas raízes pulsionais autênticas.⁶⁷

Assim, a partir da articulação entre a traumatogênese ferencziana e as noções de autenticidade (Winnicott, 1960/1983) e identificação narcísica (Freud, 1917/2006), tem-se uma importante pista na investigação dos caminhos pelos quais o ódio se traveste em submissão e passividade pela via da sedução. Parseval (2007, p. 28), tecendo relações entre Ferenczi e Winnicott, sintetiza:

De qualquer forma, esse mecanismo de defesa impede qualquer emergência do sentimento de ódio *vis-à-vis* ao agressor (“é porque eu me identifico que não posso odiar”). Mais precisamente, introjeção toma o lugar do ódio: a submissão dócil à vontade do outro é a transformação última da agressividade reprimida.

⁶⁷ A autora, ainda que não explicitamente, parece propor um entrecruzamento das teorias de Freud, Ferenczi e Winnicott. No entanto, ainda que o problema da clivagem e da autenticidade seja abordado por Winnicott, ele não se relaciona apenas às raízes pulsionais mas, antes, à discussão sobre o *self*. Cf. 3.3.4 Falso *self* como submissão e adaptação ao ambiente.

Mas esse processo de transformação do ódio em sedução, só pode ser compreendido ao levar em conta a performance adaptativa que leva o sujeito à *progressão traumática* ou prematuração (patológica). (Ferenczi, 1933/2011, p. 119 [itálicos do autor]). O psiquismo faz um movimento para frente, na tentativa de neutralizar o trauma, mas o faz às custas do desmantelamento do eu:

Chega-se assim a uma forma de personalidade feita unicamente de id e superego e que, por conseguinte é incapaz de afirmar-se em caso de desprazer; do mesmo modo que uma criança, que não chegou ainda ao seu pleno desenvolvimento, é incapaz de suportar a solidão se lhe falta a proteção materna e a considerável ternura. (Ferenczi, 1933/2011, p. 118)

As resistências do id e as resistências do superego, relacionadas por Freud à compulsão à repetição podem, então, ser relidas a partir de um psiquismo dilacerado pelo trauma e pela ausência de um ego que possa fazer o trabalho de elaboração. Mas aqui, o aspecto intersubjetivo é fundamental: há um outro que não assume a violência, e como corolário, o sofrimento do sujeito é colocado em descrédito. É a impossibilidade de consideração da violência do trauma que impede sua elaboração. O *desmentido* ou *descrédito* [o termo em alemão é *Verleugnung*] implica no “não reconhecimento e a não validação perceptiva e afetiva da experiência da violência sofrida.” (Gondar, 2008, p. 196) É como se o sofrimento do sujeito fosse jogado em um limbo: não pode nem ser afirmado nem negado.

Se seguimos o argumento de Freud, em a *Negativa* (1925), podemos dizer que a função da Eros que poderia incluir o objeto dentro de si fica impedida. De outro lado, a função de pulsão de destruição, de expulsar o objeto para fora, também fica colapsada. O sujeito permanece num limbo, só resta a identificação ao agressor como saída, como uma tentativa de reconstrução. Nesse sentido, podemos compreender a afirmação de Ferenczi de que “...toda performance de adaptação seria, portanto, um processo de destruição interrompido em seu desdobramento” (Ferenczi, 1930c/2011, p. 277). E se considerarmos a assertiva freudiana de que afirmação e negação estão na base da formação das fronteiras do eu (Freud, 1925/2007), não surpreende que o eu colapse diante da violência de um objeto incorporado.

A progressão traumática é, assim, uma busca pela sobrevivência e tentativa desesperada de controle, forma de resistir que não consegue nem introjetar nem expulsar o objeto. O sujeito se adapta às circunstâncias. A atenção aos movimentos do outro é testemunho de sua desconfiança. Assim, como consequência, não é mais do próprio ódio, mas do ódio do outro que se trata.

3.2.4.1 Caso S.I.: o terrorismo do sofrimento

S.I. foi uma paciente *aterrorizada pelo sofrimento*. São poucos e esparsos os extratos mencionados por Ferenczi em seu *Diário Clínico* (1932) sobre o caso, mas relevantes por ilustrarem situações limites no manejo. Com uma história traumática importante e atualizada na clínica, a paciente é marcada pelo medo da loucura e ideação suicida que, no relato clínico, se mescla com lembranças de agressão da mãe, quando ainda muito pequena. (Saunal, 2014)

Ferenczi descreve situações nas quais a analisanda está relaxada durante os atendimentos e nas quais, surpreendentemente, surge o pedido para que ele seja “mais duro e severo com ela”. Como aponta Saunal (2014), Ferenczi não menciona como reage a essas demandas. O que se sabe é que, nesse caso, o psicanalista não recorreu ao expediente da análise mútua⁶⁸, que ficava restrita às análises didáticas de candidatos a analista (Avello, 2013, p. 212-4). A paciente o contagiava com seu sofrimento. Era bastante agressiva e descrevia com detalhes seu terror: uma parte de sua pessoa era posta fora dela, e o lugar que assim esvaziou era ocupado pela vontade de quem a aterrorizou.

Queremos enfatizar o impacto que causa no analista essa espécie de configuração clínica. Isso rendeu a Ferenczi, como ele próprio relata, um grande dispêndio de energia; foi preciso um grande esforço para “sobrepular o terrorismo do sofrimento”, pois sadismo e masoquismo, assim, se alternam, tornando delicado o manejo da transferência. (Saunal, 2014)

Uma fala da paciente chama atenção de Ferenczi. Quando S.I. é agressiva, dura e sarcástica, sente como “se algo estranho falasse pela sua boca, na qual ela não se reconhece”. Índice de identificação narcísica com a mãe e de clivagem na personalidade, S.I. *não sente a agressividade como própria*, está “possuída pela mãe”. (Ferenczi, 1932/2011) “A loucura da mãe” aparecia “como fator alheio ao ego”, como diria Winnicott, anos depois, no título de um artigo que trata justamente desse aspecto. Mas o fato de estar alheio não impede que seja sofrido, pelo contrário, o ódio reincide sem que haja possibilidade de elaboração.

3.2.5 O masoquismo em Ferenczi: o problema da afirmação do desprazer.

A teoria do trauma em Ferenczi nos permite conceber uma *dimensão genealógica* da pulsão, construída efetivamente a partir da alteridade. Sua ênfase, portanto, não está no “desamparo

⁶⁸ Cf. 3.2.7 Suportar o ódio, suportar o próprio ódio: os limites na clínica ferencziana, que veremos adiante.

traumático devido à condição humana de permanente assujeitamento às intensidades pulsionais” (Kupermann, 2008, p. 150), mas na forma como pulsões de vida e de morte e os caminhos percorridos pelo princípio do prazer se constroem e pela qualidade do encontro com o outro.

Adaptação da família à criança (1928a) e *A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte* evidenciam essa dimensão genealógica da pulsão. A família precisa adaptar-se mais à criança do que o contrário. (Prado de Oliveira, 2011a, p. 168) Além do alimento, depende de quem cuida oferecer calor, aconchego e proteção ao bebê, protegendo-o das excitações externas excessivas, sem abandono ou intrusão excessiva. Como vimos, com o conceito de introjeção, os movimentos expansivos eróticos do bebê em relação ao mundo, que são criativos, experimentais, são valorizados. Mas para que esse fantasiar infantil se construa é condição que o ambiente ofereça condições adequadas. A partir dos encontros e desencontros com o outro, impulsos de vitalidade (ou também mortíferos) podem ser criados. A alteridade está definitivamente inscrita na constituição do psiquismo.

Mas será no trabalho de Winnicott que poderemos encontrar efetivamente um desenvolvimento teórico mais detalhado sobre esses estados iniciais (Winnicott, 1945/2000). A produção teórica de Ferenczi, voltada como está para os impactos do trauma na constituição do psiquismo, prioriza a dinâmica “agressor-agredido” em sua teoria (Avello, 2013). Como consequência teórica, nem sadismo nem masoquismo são abordados em seu caráter constitutivo (Avello, 2013, p. 106). Se a pretensão fosse buscar um sistema metapsicológico coerente em Ferenczi – o que nos parece uma tarefa senão impossível totalmente despropositada, dado o caráter experimental e ensaístico de seus últimos textos – nos parece que faltaria um lugar para o sadismo ou para a destrutividade primária.

Prado de Oliveira (2011a), no entanto, afirma que um “masoquismo primário” em Ferenczi pode ser deduzido. O autor afirma que, diferente de Freud, no qual masoquismo e sadismo alternam em prioridade, como pode ser observado em *Mal-estar na civilização* (1930), em Ferenczi o masoquismo é anterior ao sadismo. Concordamos com o autor sobre a predominância do masoquismo em Ferenczi, sobretudo a partir de sua ênfase na passividade, no entanto, não nos parece que ele possua o mesmo caráter originário que o atribuído por Freud em *Problema econômico do masoquismo* (1924). Sua ênfase é, antes, no masoquismo como resposta ao trauma.

Em manuscrito publicado por Judith Dupont, na revista *Le Coq-Héron* (1998), Ferenczi explicita, em inglês: *Nothing but life-instinct. Death-instinct a mistake (Pessimistic)*⁶⁹. Mas essa nota reveladora convive com o fato de que Ferenczi, como aponta Avello (2013, p. 74), trabalha em boa parte de seus escritos com um “dualismo pulsional atenuado”, algo próximo ao que é possível encontrar em Freud, ao que nos parece, em suas articulações sobre intrincação e desintrincação pulsional, ainda que em Ferenczi, efetivamente, a ênfase seja na dimensão de alteridade.⁷⁰

Assim, a negação do caráter constitutivo da pulsão de morte não o impede de investigar – talvez sem precedentes na história da psicanálise – os efeitos da pulsão de morte e seu manejo clínico, através de seus experimentos teóricos pelos dualismos pulsionais. Pelo contrário, a dimensão alteritária da pulsão implica na esperança (otimismo?) de que, pela análise, seus efeitos nefastos possam ganhar outros destinos. Há uma relação intrínseca entre o mapeamento teórico e o território clínico ferencziano: o que essa pequena passagem parece revelar, é que Ferenczi não se contenta com o termo *pulsão de morte* como explicação última para *resistências inanalizáveis* ou para *reação terapêutica negativa*. Ferenczi prefere tratar dos efeitos mortíferos pela via da *precocidade do trauma*.

É justamente pela via do trauma que Ferenczi aborda o “maldito problema do masoquismo!” (Ferenczi, 1931b/2011, p. 288). Ferenczi está atento à volúpia no próprio sacrifício sentida pelos pacientes:

no momento em que se deve cessar de empregar o mundo em redor apenas como material para sua própria defesa e seu próprio bem (quando o mundo em redor não se adapta a esse papel de ser devorado), entregamo-nos, por assim dizer, com volúpia ao sacrifício, ou seja, como matéria para outras forças egoístas mais poderosas, mais decididas. (Ferenczi, 1930c/2011, p. 276).

Ao que parece, estamos aqui, em campo distinto das fantasias masoquistas abordadas por Freud em *Uma criança é espancada* (1919), mas tampouco parece que seus exemplos clínicos remetam ao masoquismo “clássico” de Sacher-Masoch, no qual o gozo se encontra na realização *em ato* de um homem castigado por uma mulher (Deleuze, 2009).⁷¹ Ferenczi concebe

⁶⁹ Nada além da pulsão de vida. Pulsão de Morte, um erro. (Pessimista)

⁷⁰ Avello (2013, p. 78) sistematiza os dualismos presentes em Ferenczi, sobretudo em Notas e Fragmentos (1930/2011): *Principe de plaisir, pulsions de se faire valoir, tendances égoïstes* Versus *Principe de réalité, pulsions de conciliations, tendances altruistes*.

⁷¹ No entanto parece que há elementos importantes da “estética masoquista” proposta por Deleuze (2009) que perpassam a descrição ferencziana. O estudo desses possíveis pontos de contato, no entanto, demandaria um estudo mais aprofundado.

o masoquismo antes como “resposta e restauração do eu face a um grande traumatismo” (Mazaleigue-Labaste, 2012, p. 41).

Mas para avançar na discussão sobre o masoquismo, Ferenczi ainda segue a problematização freudiana.⁷² O autor quer saber como é possível que o desprazer possa se converter em prazer. No entanto, o caminho que percorre é original: há algo que torna impossível a *afirmação do desprazer*.

Essa questão é retomada em três dos cinco escritos em que Ferenczi discute o masoquismo: *O problema da afirmação do desprazer* (1926), *A propósito da afirmação do desprazer* (1932a/2011), *Reflexões sobre o prazer da passividade, Sobre o orgasmo masoquista* (1931c/2011) e *Do princípio masculino e feminino na natureza* (1932b/1990).⁷³ Na leitura desses textos e notas, destacamos três aspectos centrais da dinâmica masoquista: a tentativa de controle, a identificação fantasística com a destruição e a busca de repouso.

A identificação ao agressor é o argumento central: o masoquista identifica-se ao agressor sádico e consente. (Ferenczi, 1931c/2011, p. 293) No entanto, para além do consentimento, há, na sequência, uma busca ativa pelo desprazer. “A identificação ao adversário mais forte, vitorioso *está*” – é Ferenczi quem sublinha – “ligado a sentimentos de prazer na submissão masoquista, uma curiosa identificação fantasística com a destruição” (Ferenczi, 1930c/2011, p.278).

Assim, mais do que passividade, Ferenczi entende a busca pelo desprazer como defesa contra a angústia. Nota-se uma tentativa de prescrever o ritmo da vida e da morte, de evitar a aterrorizante angústia do imprevisto. Em nota de 14 de fevereiro de 1932, Ferenczi segue nessa linha:

Quando se consegue inserir filosoficamente a situação de desprazer existente na realidade numa unidade maior representada ou percebida como algo de inevitável, inclusive necessário para o pensamento, mas sobretudo quando se consegue transferir a libido para essa unidade de classificação maior, o sentimento de desprazer pode se dissipar embora suas causas subsistam ou venham a estar tão impregnadas de prazer que atuem como força de atração. É possível que aí resida um elemento ou um fator da posição masoquista. (Ferenczi, 1932a/2011, p. 65)

Temos então, dois movimentos aparentemente contrários: uma tentativa de evitar o desprazer (progressão traumática) e um prazer adicional atuando como força de atração.

⁷² Cf. 2.3.3 Do masoquismo erógeno constitutivo ao masoquismo moral.

⁷³ Artigos publicados na coletânea *Réflexions sur le masochisme*. (Ferenczi, 2012)

Mas há ainda algo além da identificação fantasística com a destruição: é o prazer do sacrifício como busca de repouso. A posição masoquista consistiria também na busca de uma situação de tanta tranquilidade quanto possível, à busca do estado de ternura anterior ao trauma.

Em todos os casos, o que parece estar em jogo é uma defesa sofisticada contra o horror que seria representado pela reincidência traumática. Com os vestígios do trauma, o sujeito tenta construir uma nova personalidade adaptada que, como veremos, é bastante afinada com a concepção de falso *self* em Winnicott:

A partir do momento que a raiva dos elementos (ou do meio humano, na maioria das vezes os pais, os adultos) se exauriu, a parte não destruída do ego apressa-se em construir com os fragmentos preservados uma nova personalidade, mas que contém em si os vestígios da luta, cujo desfecho foi vitorioso, embora com pesadas perdas. Diz-se então que essa nova personalidade está “adaptada às circunstâncias. (Ferenczi, 1930c/2011, p. 277)

Portanto, o gozo masoquista para Ferenczi implica em satisfação no controle, na busca de repouso, na identificação ao vitorioso. Como afirma Bertrand (2009), a clivagem da personalidade se especifica a partir de arranjos singulares entre narcisismo e masoquismo, mas que tem em comum a tentativa de reconstrução de uma nova personalidade adaptada. A partir do gozo masoquista, que transforma, através da progressão traumática, dor em prazer, o sujeito fica impedido de afirmar o desprazer, não tem mais meios de mudar sua posição subjetiva.

A partir dessas considerações, Ferenczi propõe uma via pela qual a compulsão masoquista poderia ser transformada:

Se a análise consegue *ligar* conscientemente o gozo do desprazer à situação especial que realmente ocorreu no real, então é muito possível que cesse esse caráter compulsivo do masoquismo, mas em contrapartida, aparece a capacidade racionalmente justificada de suportar o desprazer, em nome de vantagens a serem obtidas no futuro. Quanto mais forte é o sofrimento, quanto mais destrutivo, e talvez até quanto mais precocemente ele teve que ser experimentado, determinando assim, uma orientação, tanto mais amplo terá que ser o círculo de interesses *a traçar em torno do centro do sofrimento para que este seja vivenciado como rico de sentido, inclusive naturalmente necessário* (Ferenczi, 1932a/1990, p. 64) [itálicos nossos]

Mas como efetuar essa “ligação” entre o gozo do desprazer e a situação traumática real? A aposta de Ferenczi parece ser que, pela elasticidade da técnica é possível criar condições para que o traumático reincida no tratamento. Mas aí novamente viria o desafio de tornar possível

esse trabalho de *afirmação do desprazer* sem que o horror do trauma seja vivenciado de forma insuportável na clínica.⁷⁴

Seguindo pela via ferencziana, a análise de Elisabeth Severn, que apresentaremos a seguir, nos permite abordar outras dimensões do manejo quando o ódio e o desprazer em questão se referem ao campo do traumático e se atualizam na clínica, exigindo enorme disponibilidade afetiva do analista.

3.2.6 Caso Severn: a precocidade do trauma e o amor impiedoso

Elisabeth Severn – ou R.N. como a nomeia Ferenczi em seu *Diário Clínico* (1932) – iniciou sua análise com Ferenczi em 1924 e, como aponta Avello (2013), é uma das pacientes mais difíceis e também mais emblemáticas de Ferenczi. Os relatos de Ferenczi demonstram o exaustivo trabalho do analista diante de uma configuração transferencial que traz à tona efeitos dilaceradores de traumas precoces. Da elasticidade da técnica à transferência passional, o relato do caso – reconstruído por Prado de Oliveira (2014a, pp. 244-252) e que seguiremos em nossa apresentação – demonstra o solo clínico a partir do qual Ferenczi cria seu conceito de identificação ao agressor e, subjacente, os processos de fragmentação e atomização do eu. O ponto alto dessa análise, em 1928, coincide com o início do período mais fértil da produção ferencziana. (Ferenczi, 1928a/2011, 1928b/2011, 1928c/2011). Elisabeth Severn, como o próprio Ferenczi reconhece (Ferenczi, 1930/2011, p. 74), oferece importante material para a construção de sua teoria do trauma.

A paciente desenvolvia suas atividades como terapeuta nos Estados Unidos e vai à Budapeste para realizar a análise com Ferenczi. Apesar de conseguir manter uma vida profissional relativamente bem sucedida, Severn sofre de sintomas físicos e psicológicos crônicos: “alucinações, pesadelos, grande confusão, depressão severa e ideias suicidas” que a levam a uma busca desesperada por tratamento. Sua única filha relata que sua atividade social era restrita ao trabalho: “Ela não tinha amigos ou colegas, somente pacientes”. Esses pacientes a acompanharam a Budapeste para seguir em terapia, algo comum naquela época. (Prado de Oliveira, 2014a, p. 245-246)

⁷⁴ A análise de Margaret Little com Winnicott, que abordaremos adiante, parece explicitar esse trabalho de ligação ou, especificamente, de construção a ser realizado em análise. No entanto, vale lembrar, aqui estamos no campo do masoquismo, enquanto em Little o que parece estar em jogo são ansiedades psicóticas. Ou seriam duas leituras para o mesmo território clínico?

A contratransferência – que desembocou na experiência de análise mútua – perpassa as considerações de Ferenczi sobre o caso. Ferenczi sente uma antipatia pela paciente, angústia e medo logo no início do tratamento e, ao longo da análise, inúmeros são os esforços para sobrepujá-la. (Prado de Oliveira, 2014a, p. 246) As lembranças de Ferenczi sobre o primeiro atendimento relatam que a voz da paciente era doce e insinuante e lhe causara má impressão. Além disso, Ferenczi nota uma independência e uma confiança em si desmedida, uma força de vontade extraordinária, uma fixidez dos traços, alguma soberania. (Prado de Oliveira, 2014a)

Logo no início do tratamento, na terceira ou quarta sessão a paciente demanda que Ferenczi declare seu amor por ela, o que ele nega formalmente. (Prado de Oliveira, 2014a) Um campo transferencial atípico parece se configurar. Diferente das demandas de amor da histeria que, como vimos⁷⁵, é contornada pela ambivalência e focada na repetição do paciente, vemos aqui que o movimento é focado *nos afetos do analista*. A paciente, em uma posição aparentemente onipotente e extremamente defensiva está atenta aos movimentos do outro. Não apenas percebe os afetos de Ferenczi mas também os interpreta. A transferência é maciça e passional, mas com contornos muito diferentes do amor de transferência na histeria. O amor da paciente é exigente e impiedoso. Como destaca Prado de Oliveira (2014a, p. 248), ao longo do tratamento, a paciente passa a exigir cada vez mais de Ferenczi, e se instala em sua vida de maneira autoritária. As sessões tornam-se mais longas, por vezes realizadas duas vezes por dia, todos os dias da semana Ferenczi vai até sua casa nos momentos de maior dificuldade e inclusive a ajuda financeiramente.

A paciente, considerada na época uma das primeiras analistas americanas, retoma sua clínica em Nova Iorque, após o primeiro ano de análise. Em seguida retorna a Budapeste, participa dos seminários de Ferenczi e também o acompanha, para seguir a análise, em suas viagens.

As primeiras mudanças significativas da paciente começam a acontecer a partir de 1928. A partir da técnica de relaxamento, paciente e analista constroem uma história de abusos muito precoces a que teria sido submetida (a paciente não sabe, vale destacar, se são lembranças verdadeiras). O conteúdo que emerge na análise é terrível: assassinatos, coerção à prostituição, lembranças de ter sido drogada, violentada. A paciente tenta buscar provas concretas – por exemplo, entrando em contato com a mãe – para averiguar se essas lembranças eram verdadeiras. Imagens de agressão surgem com força e sofrimento. (Prado de Oliveira, 2014a)

Esse é um período muito delicado da análise. A paciente está muito fragilizada e Ferenczi intensifica o cuidado. Em 1930, diante de uma piora no quadro, a paciente precisa ser

⁷⁵ Cf. 2.1.4 Transferências amorosas e princípio de abstinência.

hospitalizada. Trata-se de um período fatigante para Ferenczi, mas também gratificante, como escreve em carta a Grodekk (citado por Prado de Oliveira, 2014a, p. 251). A análise parecia próxima do fim e exigia muito mais “sacrifício de si” que o habitual. Prado de Oliveira (2014a, p. 251) relaciona essa disposição ao sacrifício de Ferenczi a seu desejo de provar sua teoria do traumatismo e suas capacidades terapêutica.

A dinâmica transferencial nesse caso – no qual Ferenczi experimentou o complicado expediente da análise mútua – não nos permite compreendê-la nos mesmos termos que as transferências em sentido “clássico”. Aqui, havia um terreno traumático que reincidia: a paciente estava atenta e disposta a analisar Ferenczi. Identificação maciça que, como vimos, é uma das consequências da progressão traumática patológica. Há uma atuação da clivagem em uma demanda na qual amor e ódio quase coincidem e que o sofrimento que se atualiza no consultório é tremendo. A desintegração e a dissociação, com todo o terror a elas relacionadas – que se evidencia nas cenas de traumatismo precoce que traz em análise – demandam autêntico esforço de sobrevivência do analista.⁷⁶ Ferenczi precisa lidar com os afetos nele despertados durante o tratamento.

3.2.7 Suportar o ódio, suportar o próprio ódio: os limites na clínica ferencziana

A construção de condições para a manifestação de uma agressividade primária, como veremos em nossa leitura de Winnicott⁷⁷, é condição para o resgate do gesto espontâneo, perdido em pacientes que, em função da *progressão traumática*, “esqueceram de si mesmos” (Ferenczi, 1933/2011, p. 119) e estão excessivamente atentos aos afetos do outro. Mas para que a destrutividade em análise resgate sua função diferenciadora é necessária a disponibilidade do analista para entrar em contato com o infantil e o traumático em análise, levando em conta os afetos em jogo, inclusive os do analista.

Em primeiro lugar, o manejo, nesses casos, deve permitir que a hostilidade do paciente venha à tona, o que consiste em encorajar, suportar e não retaliar as agressões do paciente, visto que elas podem ser uma expressão de resistência que, na ocasião do trauma, não teve ocasião de

⁷⁶ Há semelhanças notáveis entre as análises de Elizabeth Severn e Margaret Little. O que vale destacar, no entanto, é que o conceito de holding – muito mais interessado no continente que no conteúdo, a princípio – permitirá a Winnicott um manejo da transferência inicialmente mais focado no continente (e na relação entre destrutividade e oposição) do que no conteúdo. O trabalho de construção é realizado *a posteriori*, em trabalho conjunto com o analista, portanto, menos focado reconstrução histórica e real do trauma que, ao que tudo indica.

⁷⁷ Cf. 3.3.2 Raízes da agressividade: do amor impiedoso à destrutividade e cf. 3.3.9 Do uso das falhas à destruição/sobrevivência do analista.

manifestação⁷⁸. A metáfora do João Teimoso (ou João Bobo) – boneco que quando empurrado ou batido cai mas logo volta a seu estado inicial – é paradigmática dessa mudança de ênfase no manejo:

Em numerosas ocasiões já tentei mostrar como o analista no tratamento deve prestar-se, às vezes, durante semanas, ao papel de “João teimoso” em quem o paciente exercita seus afetos de desprazer. Se não só nos protegemos, mas em todas as ocasiões, encorajarmos o paciente, já bastante tímido, colheremos mais cedo ou mais tarde a recompensa bem merecida de nossa paciência, sob a forma de uma nascente transferência positiva. (Ferenczi, 1928c/2011, p. 35).

Nesse campo clínico, o que está em jogo não é a transferência ambivalente pois é o traumático que reincide no tratamento. O trabalho do analista implica na sustentação desse espaço clínico, como condição para o manejo das transferências.

Para Ferenczi, o ambiente clínico deve fornecer condições mais favoráveis, seguras e confiáveis do que aquelas a que o sujeito foi submetido na ocasião do trauma. Assim, a repetição do traumático precisa ocorrer na clínica como condição da elaboração, mas contando com o analista para oferecer suporte, para estar junto, para ajudar a criar sentido. Ou seja, o analista não desmente o trauma. Pelo contrário, acolhe e reconhece o sofrimento, antes insuportável.

Esse contexto clínico faz com que a “benevolência [*Freundlichkeit*] materna” (Ferenczi, 1928/2011, p. 115) do analista – que não deve ser confundida com piedade – seja uma necessidade clínica. O analista, com sua tolerância benevolente, não deixa o paciente sozinho diante do sofrimento, mas dá suporte para que o analisando, ao destruir, não se veja na mesma situação insuportável e insustentável que havia o levado antes à clivagem. Somente se o analista fizer esse papel diferencial é que o trabalho conjunto entre analista e paciente pode ser transformador, nesse interjogo entre repetição e rememoração (Ferenczi, 1930/2011, p. 76), ou, para adiantar nossa leitura de Winnicott, entre repetição, destruição e criação.⁷⁹

Em outras palavras, o analista, ao suportar o exercício dos afetos hostis, permite uma diferenciação da posição transferencial que lhe é destinada inicialmente pela repetição do paciente. Mas não só. É necessário também um esforço concomitante do analista de ajudar na criação de sentidos para a experiência vivida. Pois, como abordamos anteriormente⁸⁰, não é só a intensidade e a intrusão violenta do outro que traumatiza, é o desmentido, ou o descrédito que lima sua possibilidade de elaboração.

⁷⁸ Cf. 2.3.6 Transferência negativa como resistência à submissão.

⁷⁹ Cf. 3.3.9 Do uso das falhas à destruição/sobrevivência do analista.

⁸⁰ Cf. 3.2.4: Identificação ao agressor: do ódio à submissão

Mas, cabe destacar, essas considerações sobre o manejo ainda são incipientes. Elas ganharão consistência a partir do trabalho de Winnicott que abordaremos adiante.⁸¹ O que queremos destacar é que essa investigação do território analítico não se faz sem custos para Ferenczi.

A metáfora do João Bobo é interessante porque pressupõe a resistência do analista à queda, mas também a queda efetiva e o reerguer-se, embora o processo não se faça sem cicatrizes, pois o analista não é, de fato, um João Bobo, mas sujeito de carne e osso. Não por acaso o reconhecimento dessa dimensão de destrutividade na clínica aparece no mesmo texto no qual Ferenczi enuncia a *análise do analista* como a *segunda regra fundamental da psicanálise* (Ferenczi, 1928c/2011).

Nos registros de seu *Diário Clínico* (1932), vemos que Ferenczi tem a coragem – meio *kamikaze* – de excursionar territórios psicanalíticos desconhecidos, não raro sem apoio para suportar as dificuldades. Apoio que analistas podem contar hoje, através de uma análise pessoal, supervisão, discussão de casos clínicos, estudo teórico e vínculos institucionais.

O percurso de análise com esses pacientes difíceis leva Ferenczi a perceber que precisava dar especial atenção ao ódio e que, além disso, seu próprio ódio estava em jogo no trabalho analítico. Isso se explicita na constatação (acusação) de uma transferência negativa não analisada em sua análise com Freud e também no recurso à análise mútua, que demanda que o analista confesse aspectos negativos, odiosos, incômodos do paciente para o próprio paciente.

Em suma, a coletânea de notas e comentários sobre os atendimentos é testemunho autêntico do esforço de Ferenczi para dar outros destinos ao terrorismo do sofrimento e fragmentação de si, além do reconhecimento de suas próprias dificuldades de suportar a destrutividade que estava em jogo nesse tipo de trabalho. A partir daí, se esboçam problemas clínicos que seriam trabalhados por Winnicott, quinze anos depois, em *Ódio na contratransferência* (1947), onde o psicanalista inglês abordará o reconhecimento do medo e do ódio do próprio analista como condição indispensável do manejo na clínica dos casos limites.⁸²

Nesse sentido, em seu *Diário Clínico* (1932/2011) Ferenczi apresenta algumas dificuldades recorrentes no manejo da transferência: a presença de um sentimento de culpa insuperável que se reverte em compulsão em ajudar e em sentimento de compaixão (Ferenczi, 1932/1990, p. 78), além do risco de cair, junto com o paciente, no terrorismo do sofrimento. Ferenczi, portanto, está atento a seus próprios excessos. (Avello, 2013, p. 77).

⁸¹ Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre necessidade e desejo.

⁸² Cf. 3.3.5 O ódio na contratransferência e anterioridade do ódio materno.

Assim, nossa leitura da produção de Ferenczi não nos deixa dúvidas: o autor é hiperbólico e superlativo em relação à psicanálise. E se essa intensidade afetiva perpassa seus escritos, ela não teria como deixar de se refletir na clínica, com uma entrega e disposição à doação por vezes surpreendentes. Isso parece inclusive o maior legado e a maior confusão que Ferenczi deixou aos contemporâneos. Um analista excessivo, com desejo de ajudar, mas talvez próximo demais da compulsão de curar.

A citação a seguir, explicita a intensidade com que vivia esses impasses dos limites do manejo:

Diferente do crime original [Ferenczi está no campo do traumático], ele [o analista] *não tem o direito de negar sua falha; a falha analítica consiste em que o médico não pode oferecer todos os cuidados, toda a bondade e abnegação maternas*, e reexpõe, assim sem ajuda suficiente, as pessoas de quem trata ao mesmo perigo que, no passado, elas se libertaram com grande sofrimento e dificuldade. (Ferenczi, 1932/1990, p. 87) [itálicos nossos]

Em Winnicott, como veremos, há uma subversão do sentido dessas falhas. Descoladas do ideal de bondade e de abnegação maternas – que por vezes uma leitura apressada de Winnicott pode supor – elas poderão e deverão ser usadas por analista e paciente.⁸³

No entanto, parece que, ainda em Ferenczi, é possível vislumbrar outras vias para esse sofrimento – para esse terrorismo do sofrimento – quando o próprio Ferenczi se desloca desse ideal de bondade e abnegação materna, em direção a uma concepção menos assimétrica da análise:

a impressão que se tem é a de duas crianças igualmente assustadas que trocam suas experiências, e 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 em quem, portanto, pode-se confiar com toda tranquilidade. (Ferenczi, 1932/1990, p. 91)

Essa comunhão entre dois parceiros de confiança é a base para uma concepção da transferência na qual destruição e criação se entrecruzam e, assim, torna suportável a experiência analítica. Diante do terrorismo do sofrimento, a “ilha de sonhos” de Ferenczi – para parafrasear a expressão de Freud, em carta de maio de 1932 (citado por Avello, 2013) – talvez fosse uma utopia necessária para seguir em frente, na esperança de dar contorno ao horror do trauma que reincide na clínica, em busca de simbolização.

⁸³ Cf. 3.3.9 Do uso das falhas à destruição/sobrevivência do analista.

3.2.8 Do analista no lugar de superego à análise pelo jogo

Em *Elasticidade da técnica psicanalítica*, escrito uma década antes do texto freudiano *Esboço de Psicanálise* (1938), Ferenczi (1928c/2011) apresenta uma concepção própria e mais flexível do manejo clínico, notável em sua consideração sobre o lugar do analista como superego do paciente no percurso de uma análise:

Em vários dos meus artigos, chamei a atenção para o fato de o processo de cura consistir, em grande parte, em o paciente colocar o analista (o novo pai) no lugar do verdadeiro pai, que ocupa tanto espaço no superego e que continua doravante convivendo com esse superego analítico. Não nego que esse processo tenha efetivamente lugar em todos os casos, admito até que essa substituição possa acarretar êxitos terapêuticos importantes, mas gostaria de acrescentar que uma verdadeira análise de caráter deve pôr de lado, pelo menos passageiramente, toda espécie de superego, inclusive o do analista. (Ferenczi, 1928/2011, p. 39-40)

Assim, a transferência da autoridade do superego para a figura do analista é reconhecida por Ferenczi como parte do trabalho da transferência, com a advertência explícita sobre os perigos de o analista agir identificado a essa posição: “Nada mais nocivo em análise do que uma atitude de professor ou mesmo de médico autoritário.” (Ferenczi, 1928/2011, p.36) O foco sai, portanto, da interpretação da transferência em direção à necessidade de “pôr de lado” a dimensão superegoica – do paciente e do analista – ao longo da análise. Mas como seria possível deixar a dimensão superegoica de lado na relação analítica, se a transferência se refere justamente ao deslocamento de imagos paternas para figura do analista? A proposta clínica de Ferenczi implica em mudança de escopo no conceito de transferência, pois visa a desconstrução do superego *ao longo* do trabalho analítico. Ensaio clínico que terá amplos ecos na concepção winnicottiana sobre o estatuto do brincar na clínica.

Nesse sentido, a articulação entre a “criação de sentidos” e a destrutividade na clínica psicanalítica pode ser esboçada pela *análise pelo jogo*, proposta por Ferenczi, em *Análise de crianças com adultos* (1931). A discussão nesse texto, parece apontar uma via para o manejo que, para além da interpretação, possibilite a construção e elaboração conjunta de sentidos, condição *sine qua non* do manejo quando a clivagem e a submissão predominam no campo transferencial.

A novidade em *Análise de adultos com crianças* (1931) foi sua tentativa de dialogar *com* a criança que comparece às análises, mesmo na de adultos, em vez de interpretá-la, em vez de falar *sobre* ela. (Kupermann, 2008, p. 139) A busca de contato com a criança presente no adulto se diferencia da ideia de *tratar o paciente como uma criança*. Em *Esboço de Psicanálise* (1938), Freud percebe a necessidade de tratar a criança no adulto, mas vislumbra possibilidade de fazê-

lo do lugar de adulto, a partir do lugar que ocupa na transferência verticalizada – como superego do paciente –, o que o coloca, necessariamente, diante dos impasses da sugestão na análise. Ferenczi abandona a ideia de lugar de autoridade estabelecido na transferência e propõe a criação de espaço para o jogo infantil, analista e analisando como duas crianças. O questionamento da autoridade no espaço analítico, presente desde o início do trabalho de Ferenczi, parece ter possibilitado o desenvolvimento de uma teoria da técnica que torna a relação entre analista e paciente menos desigual (ainda que assimétrica). (Zygouris, 2002).

Trata-se de proposta clínica coerente com a idéia de liquidação de transferência como condição de fim de análise e que se articula também à necessidade de *lenta demolição do superego hostil* apontada por Freud. Em outras palavras, para Ferenczi, o trabalho de demolição do superego é condição de término de uma análise:

Somente esta espécie de desconstrução do superego pode levar a uma cura radical, os resultados que consistirem apenas na substituição de um superego por outro devem ser ainda designados como transferenciais; não correspondem certamente a um objetivo final do tratamento: desembaraçar-se igualmente da transferência. (Ferenczi, 1928/2011, p. 40)

Ferenczi enfatiza que seu objetivo é desconstruir é a relação de escravidão superegoica:

Na realidade, o meu combate só se volta contra a parte do superego que se tornou inconsciente e, desse modo, ininfluenciável; naturalmente, nada tenho a objetar a que um homem normal continue conservando no seu *pré-consciente* uma quantidade de modelos positivos e negativos. É verdade, porém, que não terá que obedecer como um escravo a esse *superego pré-consciente*, como obedecia antes à imagem parental inconsciente. (Ferenczi, 1928/2011, p.42)

Ou seja, demolir o superego implica em destruir a relação de escravidão com os ideais e também, por consequência, destruir o analista no lugar do superego. Ao mesmo tempo em que Ferenczi aponta a desconstrução do superego e a liquidação da transferência como *fim* último da análise, apresenta dimensão da clínica que liquida o campo transferencial em sua dimensão superegoica *ao longo* do tratamento analítico, através do jogo infantil. Neste campo de transferência e desconstrução do superego e de circulação em diversos níveis da relação analista-analisando é que a proposta da clínica de Ferenczi se configura.

A *promoção da lenta demolição do superego hostil* necessária às análises cuja problemática gira em torno das resistências do superego e da pulsão de morte ganha, portanto, um novo campo metapsicológico de articulação. O manejo clínico de Ferenczi ultrapassa a dimensão interpretativa, desconstrói a exclusividade da posição transferencial *vertical* do analista e o

convida a criar um espaço lúdico de afetação mútua. Proposta clínica que terá amplos ecos na concepção winnicottiana de regressão à dependência e do brincar na clínica.

O problema da autenticidade do analista, a partir daqui, ganha relevância no manejo da transferência: a possibilidade de assumir os erros e de permitir as críticas tornam possível que a confiança e o brincar possam ser construídos no trabalho analítico:

...ter descoberto e resolvido esse problema puramente técnico abriu-me acesso a um material escondido, ou ao qual até agora se dera muito pouca atenção. A situação analítica, essa fria reserva, a hipocrisia profissional e a antipatia a respeito do paciente que se dissimula por trás dela, e que o doente sente com todos os seus membros, não difere essencialmente do estado de coisas que, outrora, o fez adoecer. Nesse momento da situação analítica, se forçássemos, além disso, o doente à reprodução do trauma, o estado de fato tornar-se-ia insuportável; não deve surpreender que a reprodução não tenha podido ter um resultado diferente, nem melhor, que o próprio trauma primitivo. Mas a capacidade de admitir os nossos erros e renunciar a eles, a autorização das críticas, fazem-no ganhar a confiança do paciente. *Essa confiança é aquele algo que estabelece o contraste entre o presente e um passado traumatogênico.* (Ferenczi, 1933/2011, p. 114-115)

Renunciar à hipocrisia profissional, conquistar a confiança do paciente, permitir as críticas e poder assumir os erros. Ferenczi, assim, anunciava os temas centrais da teoria da clínica de D. Winnicott.

3.3 Winnicott: Os manejos da agressividade e da destrutividade na clínica.

Mas a psicanálise tem a possibilidade de aceitar e utilizar o ódio e a raiva pertencentes à situação de falha original, fatores importantes capazes de destruir o valor terapêutico de métodos não analíticos. (Winnicott, 1954/2000, p. 392)

Mentor do *Middle Group* britânico, Winnicott tem a marca da busca pela autenticidade em sua produção teórica. Considerado em algumas ocasiões sujeito impiedoso⁸⁴, a biografia de Winnicott mostra um psicanalista avesso tanto ao sentimentalismo raso na clínica quanto ao dogmatismo na transmissão da psicanálise. (Rodman, 1990) Buscando contemplar essas posições de Winnicott descritas por Rodman (1990), nossa proposta é apresentar uma leitura de sua teoria que se afaste de uma concepção ingênua de maternagem e que, dada a inventividade de seus conceitos, evite também a tentativa forçada de fechamento de seu pensamento em um sistema teórico único.

Em carta crítica à Melanie Klein, Winnicott expressa sua preocupação com o fechamento doutrinário da teoria psicanalítica:

Pessoalmente, acho que é muito importante que seu trabalho seja reafirmado por pessoas que façam descobertas à sua própria maneira e que apresentem o que descobrem em sua própria linguagem. É desse modo que a linguagem será mantida viva. Se você estipular que no futuro apenas a sua linguagem será usada para expressar as descobertas de outra pessoa, então a linguagem se torna uma linguagem morta, como já se tornou a Sociedade... Estou preocupado com essa estrutura, que poderia ser chamada kleiniana, que acredito ser o real perigo para a difusão do seu trabalho. Suas ideias sobrevivem na medida em que forem redescobertas e reformuladas por pessoas originais, dentro e fora o movimento psicanalítico. (citado por Rodman, 1990, p. 21)

Nesse sentido, nossa abordagem do pensamento de Winnicott, pretende ser coerente com o processo criativo e crítico do psicanalista inglês. Percorreremos o mapeamento original criado pelo autor a partir de seu particular percurso clínico no que diz respeito ao manejo do ódio, da agressividade e da destrutividade na clínica, contemplando os paradoxos propostos pelo autor.

⁸⁴ Reproduzimos um breve extrato da carta enviada a Hanna Segal, como exemplo do quanto Winnicott podia ser crítico e impiedoso, sobretudo quando se deparava com um analista arrogante: “Sei muito bem que a senhora é capaz de ser tão humilde quanto qualquer outra pessoa no momento certo, mas acho que não tem ideia alguma do grau de antagonismo que desperta contra si ao se erguer durante uma reunião e dizer que está assombrada por descobrir que seus colegas (mais jovens é claro) se demonstraram capazes de fazer um bom caso de análise e de relatar suas descobertas num inglês compreensível etc, etc. Eu realmente acho que, às vezes, por alguns momentos, a senhora fica tremendamente presunçosa... o fato é que a senhora é capaz de fracassar tanto quanto outros analistas, porque há muitas coisas que ainda não conhecemos. (Winnicott, 1990b, p.23)

Apesar teoria da agressividade e da destrutividade ainda ocuparem lugar secundário entre os conceitos winnicottianos mais estudados (Ab'Sáber, 2013, p. 30), Phillips (2013, p. 152) destaca a relevância do estudo do tema para Winnicott:

Era a natureza da agressão e seu papel no desenvolvimento que consistentemente o deixavam perplexo... Isto foi assunto... de seus *insights* mais poderosos e suas formulações mais obscuras. E seria através de sua compreensão da agressão que Winnicott finalmente se separaria de Klein.

A crítica ao dogmatismo e ao sentimentalismo, como veremos, perpassa a construção teórica de Winnicott sobre a agressividade e se explicita a partir de seu estudo sobre os momentos iniciais do desenvolvimento emocional. A seguinte passagem mostra um Winnicott provocativo e é também convite para o percurso clínico que realizaremos pelo território winnicottiano:

É um alívio que a psicanálise tenha atravessado a fase, que durou meio século, na qual, quando os analistas se referiam a bebês, só podiam falar em termos das pulsões eróticas e agressivas do bebê. Era tudo questão de instinto pré-genital, de erotismo oral e anal e reação à frustração, com alguns acréscimos bastante bravios, feitos em termos de comportamento natural agressivo e idéias destrutivas, *agressivité*. O trabalho deste tipo teve o seu valor e continua a tê-lo, mas hoje é necessário que os analistas que se referem à natureza do bebê vejam o que mais se acha lá para ser visto. Para o analista ortodoxo, se ele examinar melhor, há alguns choques à sua espera. (Winnicott, 1969b/1994)

3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre necessidade e desejo

Os rastros da teorização original sobre o manejo do ódio e da destrutividade em Winnicott podem ser encontrados em seu texto *A agressão* (1939). No entanto, o início de suas considerações mais originais sobre o manejo data da segunda metade da década de 1940. Em *Desenvolvimento Emocional Primitivo* (1945/2000), os esboços de seus principais conceitos estão apresentados, mas será em *Ódio na Contranferência* (1947/2000) que a implicação do analista no manejo da transferência ganhará destaque.

Nesse texto, ao abordar uma problemática muito próxima da encontrada em *Diário Clínico* (Ferenczi, 1932/1990), Winnicott sublinha a *pesada carga emocional* que a análise de pacientes psicóticos graves acarreta:

...uma forte tensão é imposta ao analista (psiquiatra, enfermeira psiquiátrica) tornando importante o estudo dos modos pelos quais as ansiedades de natureza psicótica e também o ódio são provocados nos que trabalham com pacientes psiquiátricos gravemente doentes. Somente desta maneira, podemos evitar as terapias que se adaptam mais às necessidades do terapeuta que às necessidades do paciente. (Winnicott, 1947/2000, p. 287)

Identificamos pelo menos três enunciados teóricos intrinsicamente relacionados que subjazem essa importante passagem de Winnicott e que se aplicam tanto ao cuidado psiquiátrico em geral quanto, principalmente, ao trabalho do psicanalista com casos “graves”. (1) Em primeiro lugar, Winnicott supõe que a contratransferência não se restringe a aspectos “não analisados” do analista, mas *são provocados* pelo paciente. A *contratransferência*, portanto, *está em jogo* no trabalho analítico. (2) Para fundamentá-la, introduz a palavra *necessidade* para abordar o manejo clínico, o que indica um deslocamento da articulação clínica que extrapola o campo do desejo e que implica em (3) peculiar concepção de *diagnóstico*. Esses três aspectos culminam na concepção winnicottiana do (4) brincar como horizonte clínico; examinaremos a seguir cada um desses pontos.

(1) *Contratransferência*

Em tentativa de problematizar o ódio e as ansiedades psicóticas sentidas pelo analista em casos graves, Winnicott (1947/2000) diferencia três formas clínicas da contratransferência, que nomeamos como: contratransferência em sentido clássico, contratransferência positiva “pano de fundo” para o tratamento analítico e contratransferência como resposta às necessidades do paciente.

A contratransferência “clássica” parece coerente com a concepção apresentada por Freud na década de 1910⁸⁵, uma vez que se refere à “relacionamentos e identificações padronizados e reprimidos do analista” (Winnicott, 1947/2000, p. 278), que demandam trabalho de *análise do analista*. O campo clínico é predominantemente o da neurose e implica na manutenção do princípio de abstinência e na “atitude profissional” do analista. (Winnicott, 1960b/1983)

Os casos clínicos apresentados na primeira parte do trabalho, especialmente o caso do Homem dos Ratos, demonstram que o manejo clínico pode passar à margem de uma análise da contratransferência. Ainda que, em momento pontual, a ansiedade de Freud seja nomeada pelo Homem dos Ratos, por exemplo⁸⁶, não é questão relevante no manejo da transferência.

A segunda forma clínica de contratransferência, pano de fundo para o tratamento analítico, refere-se às “identificações e tendências oriundas da experiência pessoal do analista, que fornece as bases positivas do seu trabalho analítico, e o diferenciam do de outros analistas”. (Winnicott, 1947/2000, p. 278) Em outras palavras, marca de singularidade, de estilo e espécie de correlato da “transferência positiva”, ou da transferência sublimada do paciente (Freud,

⁸⁵ Cf. 2.1.4 Transferências amorosas e princípio de abstinência.

⁸⁶ Cf. 2.1.6 O manejo das transferências negativas no Homem dos Ratos.

1905a/1996).⁸⁷ Tanto nos relatos iniciais de *Psicoterapia da Histeria* (1895) quanto, principalmente, na análise do caso AB, vimos como essa contratransferência é condição *sine qua non* na direção do tratamento: “a impressão de que sua pessoa [AB] vale os esforços não é acessória”, diz Freud em carta a Pfister. O relato de Ferenczi, sobre a análise de Elisabeth Severn, é outro exemplo marcante dessa disposição.

Por fim – e esse é o principal aspecto que iremos abordar ao longo do capítulo – Winnicott situa uma “contratransferência verdadeiramente objetiva”, referente ao amor e ódio do analista em relação ao “paciente real”. Posteriormente, em *Contratransferência* (1960b/1983), usando expressão cunhada por Margareth Little, Winnicott abordará essa contratransferência como “resposta total do analista às necessidades do paciente”, o que parece ser uma saída teórica interessante para a complicada pretensão de atribuir objetividade aos afetos. A investigação dessa terceira forma de contratransferência é solo clínico no qual sua concepção paradoxal de transferência se ancora, fruto do estudo da transferência de pacientes psicóticos e *borderlines*: “O paciente *borderline* atravessa gradativamente as barreiras que denominei de técnica do analista e atitude profissional e força um relacionamento direto de tipo primitivo, chegando até o limite da fusão.” (Winnicott, 1960b/1983, p. 150) O caso Elisabeth Severn, analisada por Ferenczi, com seu amor impiedoso, nos parece exemplar dessa exigência⁸⁸.

(2) *Diagnóstico processual*

A percepção de Ferenczi, citado por Winnicott (1959-64/1983, p. 131), de que uma análise fracassada pode não ser um problema de seleção de pacientes, mas limitação da técnica analítica, é aspecto basal da apresentação winnicottiana das formas clínicas da transferência.

Em linhas gerais, é possível afirmar que sua experiência clínica com pacientes psicóticos e *borderlines* e sua ampla experiência em pediatria permite a divisão teórica das experiências precoces dos bebês em duas amplas categorias. Na primeira “categoria” estão aqueles bebês que foram bem-cuidados na primeira infância, com ambiente se adaptando às suas necessidades e caminhando gradativamente no sentido da desilusão e da independência. Há uma plasticidade mental que perpassa a clínica desses pacientes: “Estes bebês tem uma linha de vida e mantêm uma capacidade de se deslocarem para frente e para trás (desenvolvimentalmente) e se tornarem capazes de correrem riscos, por se acharem bem garantidos.” (Winnicott, 1969b/1994, p. 201). Na segunda categoria, muito próxima às discussões ferenczianas sobre crianças que foram

⁸⁷ Cf. 2.1.4 Transferências amorosas e princípio de abstinência.

⁸⁸ Cf. 3.2.6 Caso Severn: a precocidade do trauma e o amor impiedoso

hóspedes não-bem-vindos⁸⁹, estão os bebês que sofreram fracassos ou um padrão de fracassos ambientais relativos à relação primária com a mãe-ambiente⁹⁰ e que sofrem de ansiedades impensáveis ou arcaicas, estados de confusão aguda ou a agonia da desintegração: “Sabem o que é ser deixado cair, cair eternamente, ou cindir-se em desunião psicossomática” (Winnicott, 1969b/1994, p. 201).

Nesse sentido, Winnicott afirma:

A falha materna provoca fases de reação à intrusão e as reações interrompem o ‘continuar a ser’ do bebê. O excesso de reações não provoca frustração, mas uma *ameaça de aniquilação*. A meu ver, esta é uma ansiedade muitíssimo primitiva, muito anterior a qualquer ansiedade que inclua a palavra ‘morte’ em sua descrição. (Winnicott, 1956/2000, p. 403)

A cartografia da transferência em Winnicott se constrói bastante ancorada em torno da “segunda categoria”, de sujeitos marcadas pelos fracassos na provisão ambiental nos estágios iniciais e que estão sempre na eminência (ou se defendendo) de uma experiência de aniquilamento do ser. Assim, a perda da continuidade do ser, se refere ao campo das necessidades e se diferencia, como apontam Durski e Pinheiro (2014), das experiências de perda ou de ameaça de castração, que se referem ao campo do desejo.

A partir dessa ampla distinção, é possível começar a compreender que “psicanálise como tratamento não pode ser descrita sem referência ao diagnóstico” (Winnicott, 1958/1983, p. 108) Mas, cabe sublinhar, o autor não trabalha com o estabelecimento de entidades nosológicas fixas e contrapõe-se à concepção estrutural do diagnóstico.

Para Winnicott, as conquistas do desenvolvimento emocional não são lineares. Embora haja uma temporalidade e sucessão de etapas, elas não significam um apagamento da etapa anterior. Nesse sentido, Winnicott não é “desenvolvimentista”: a integração do eu convive com uma dimensão de desintegração; por mais que se conquiste a ambivalência emocional, sempre resta um quantum de destrutividade não fusionada; por mais que se encontre a possibilidade de acolhimento do gesto espontâneo, sempre ficará uma parte secreta do self não acessada; por mais que se realize a separação entre sujeito e objeto, sempre haverá uma dimensão paradoxal onde sujeito e objeto não podem ser diferenciados.

Portanto, as conquistas do desenvolvimento não “englobam” as fases anteriores, mas se sobrepõem, ou mais do que isso, elas se interpõem. Todas essas facetas estão sujeitas à atualização na transferência, o que demanda que o diagnóstico seja *processual* (Gondar, 2006).

⁸⁹ Cf. 3.2.4 Identificação ao agressor: do ódio à submissão

⁹⁰ Traçamos a distinção entre mãe-ambiente e mãe-objeto em 3.3.2 Raízes da Agressividade: do amor impiedoso à destrutividade.

O diagnóstico, assim, não apenas se esclarece ao longo do tratamento mas também se altera: “uma histérica pode se revelar uma esquizofrênica subjacente, uma pessoa esquizóide pode vir a ser um membro sadio de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo” (Winnicott, 1959-1964/1983, p. 121).

Corroborando a impossibilidade de leitura estrutural do diagnóstico, Winnicott adverte que a distinção entre sujeitos que passaram pelos estágios precoces de maneira suficientemente boa e aqueles que sofreram fracassos ambientais significativos é, e precisa ser, apenas teórica:

Naturalmente, o mundo dos seres humanos não é constituído de exemplos desses dois extremos. Aqueles que começaram bem – como a maioria dos bebês certamente começa – podem ser desapontados em estágios posteriores e sofrer traumas de um certo tipo; *per contra*, bebês que foram seriamente desapontados em estágios iniciais podem ser *quase* “curados” de seus desastrosos começos por cuidados terapêuticos fornecidos em estágios posteriores. (Winnicott, 1959-1964/1983, p. 117) [itálicos nossos]

Assim, há uma plasticidade psíquica que perpassa a teoria winnicottiana e incide em sua clínica. Cabe ao analista a sensibilidade clínica de se situar em um ou outro campo do manejo transferencial, o que precisa levar em conta a contratransferência.

Diferente de Ferenczi, que se debruçou quase que exclusivamente na precocidade do trauma, Winnicott contribui ao campo psicanalítico ao incluir em sua teoria a discussão sobre a experiência de “continuidade do ser” que perpassa o desenvolvimento emocional precoce quando tudo ocorre relativamente bem e lhe permite esboçar um conceito de saúde que, como afirma Rodman (1990, p. 28), não pode ser definida como ausência de patologia: “Ele quer definir a vida sadia em termos positivos”.

A possibilidade de ser si mesmo e sentir-se real (o que desemboca em sua concepção de verdadeiro e falso *self*⁹¹) está no cerne do que Winnicott concebe como um sujeito saudável:

Ser e se sentir real dizem respeito essencialmente à saúde, e só se garantirmos o ser é que poderemos partir para coisas mais objetivas. Sustento que isso não é apenas um julgamento de valor, mas que há um vínculo entre a saúde emocional individual e o sentimento de se sentir real. (Winnicott, 1967/2005b, p. 18)

Em sua introdução do livro *Natureza Humana* (1990a), Winnicott sintetiza a multiplicidade de aspectos contemplados em sua teoria do desenvolvimento emocional, em espécie de

⁹¹ Na literatura psicanalítica winnicottiana, por vezes, *self* é traduzido por “si mesmo”. Optamos por manter o termo em inglês, no intuito de evitar margem para especulação filosófica que o termo “si mesmo” suscita. Como veremos, o conceito de verdadeiro *self*, surge em oposição ao falso *self*, clínico, portanto.

apanhado, não completamente articulado, de seus principais conceitos. Reproduzimos na íntegra com a intenção de demonstrar como os elementos de sua teoria não pretendem configurar um sistema especulativo fechado. Winnicott aborda temas que não necessariamente são articuláveis de maneira coerente:

Optando pela abordagem que estuda o desenvolvimento como a mais capaz de focalizar os diversos pontos de vista, espero deixar claro [como], inicialmente, a partir de uma interação primária do indivíduo com o ambiente, surge um emergente, o indivíduo que procura fazer valer os seus direitos, tornando-se capaz de existir num mundo não desejado; ocorre então o fortalecimento do *self* como uma entidade, como uma *continuidade do ser*, e de onde, o *self* pode emergir como uma unidade, como algo ligado ao corpo e dependente de cuidados físicos; e então advém a consciência (*awareness*) (e consciência implica na existência de uma mente) da dependência, e a consciência quanto à confiabilidade da mãe e de seu amor, que chega à criança sob a forma de cuidados físicos e adaptação à necessidade; ocorre então a aceitação pessoal das funções e dos instintos e seus clímaxes, o gradual reconhecimento da mãe como um outro ser humano, e junto disso a mudança da *ruthlessness*⁹² em direção ao *concern*, e então há o reconhecimento do terceiro, e do amor complicado pelo ódio, e do conflito emocional; e esse todo é enriquecido pela elaboração imaginativa de cada função, e pelo crescimento da psique juntamente com o corpo; e também a especialização da capacidade intelectual, que depende da qualidade dos atributos cerebrais; e de novo, em paralelo a isso tudo, surge um desenvolvimento gradual a independência em relação aos fatores ambientais, levando com o tempo à socialização. (Winnicott, 1990, p. 26)

Mas apesar da complexidade e da abordagem de diferentes níveis conceituais, o ponto de partida de mantém: o desenvolvimento emocional, para Winnicott, depende de um ambiente suficientemente bom, que possa prover os cuidados necessários para que o processo de desenvolvimento humano siga seu curso, para que sujeito possa vir a ser em um mundo não desejado. Para compreender as implicações clínicas dessa concepção é necessário, ainda tecer algumas considerações sobre *necessidade e desejo* e sobre o *brincar como horizonte clínico*, o que finaliza nossa abordagem inicial das formas clínicas da transferência para Winnicott.

(3) *O manejo entre necessidade e desejo*

Como vimos, para Winnicott, a experiência da continuidade do ser é a base para o desenvolvimento emocional. A sensação de existir e sentir-se real se constrói a partir da possibilidade de contar com a base de uma experiência primitiva de mutualidade – que mãe e bebê vivam juntos uma experiência (Winnicott, 1969/1994) –, do *holding* e da capacidade da mãe se identificar com o seu bebê (Winnicott, 1990a).

Winnicott entende por *holding* uma ampliação abrangente da palavra “sustentação” [*holding*] e engloba tudo o que uma mãe faz no cuidado físico de seu bebê, “inclusive largá-lo

⁹² Abordaremos a distinção entre *ruthlessness* e *concern* adiante. Cf. 3.3.2 Raízes da agressividade: do amor impiedoso à destrutividade.

quando chega o momento para a experiência impessoal de ser sustentado por materiais não humanos adequados.” (Winnicott, 1969b/1994, p. 201) A “benevolência materna”, a qual se refere Ferenczi (1933/2011) começa a ganhar, a partir daí, uma cartografia própria.

No entanto, é importante destacar, não é possível equivaler exatamente o *holding* ao desejo materno; o *holding* pode não ser realizado, em algumas ocasiões, por razões circunstanciais (um braço quebrado, por exemplo). (Winnicott, 1966/2005a, p. 121) Mas se o *holding* pode ser oferecido e há a possibilidade de identificação da mãe com seu bebê, são criadas as condições que, paradoxalmente, levam a integração do eu, o que permite que o bebê chegue a “uma categoria unitária, ao pronome pessoal eu, ao número um; isso torna possível o EU SOU, que dá sentido ao EU FAÇO” (Winnicott, 1967/2005b, p. 11) [itálicos do autor].

Assim, paulatinamente, as intensidades pulsionais se atrelam à experiência do ser. Os processos excitados, relativos ao campo pulsional, podem ocorrer com um fundo de tranquilidade e suporte, com um continente. A integração psicossomática, para Winnicott é uma aquisição gradual, que precisa seguir seu curso em ritmo próprio (Winnicott, 1990, p.47) É importante destacar, trata-se de um campo no qual o pulsional é secundário em relação às necessidades do eu:

A palavra ‘necessidade’ tem importância aqui tal como ‘pulsão’ tem na área da satisfação do instinto. A palavra ‘desejo’ estaria fora de lugar, por pertencer a uma sofisticação que não se pode presumir no estado de imaturidade que está em questão. (Winnicott, 1969, p. 199, n.7)

A distinção entre o campo da necessidade e do desejo, no entanto, não implica em desconsideração da teoria freudiana. O que Winnicott pretende evidenciar é o mapeamento de dimensões mais arcaicas da transferência. Território que antes de Ferenczi e Winnicott não haviam sido desbravados pela experiência analítica ou, se haviam sido explorados, geraram mapeamentos teóricos distintos. Mas o que nos parece indispensável destacar é que Winnicott reconhece e valoriza a herança freudiana:

Freud fez por nós toda a parte desagradável do trabalho, apontando para a realidade e a força do inconsciente, chegando à dor, à angústia e ao conflito que invariavelmente se encontram na raiz da formação dos sintomas, anunciando publicamente, de forma arrogante se necessário, a importância dos instintos e o caráter significativo da sexualidade infantil. Qualquer teoria que negue ou ignore essas questões é inútil. (Winnicott, 1990, p. 54)

Sem negar Freud, portanto, a proposta winnicottiana percorre outros caminhos do território analítico. O psicanalista inglês, inclusive, localiza na ideia de dependência (amor anaclítico pelo objeto) de Freud⁹³, uma das bases para sua teorização da clínica.

Mas se, para Freud, o narcisismo beira os limites do transferível e do analisável, em Winnicott, é justamente esse o ponto de partida. As modalidades de sofrimento psíquico cartografadas por Winnicott estão, portanto, relacionadas com a qualidade da experiência (temporal, sensível e espacial) do bebê no encontro (e desencontros) com o ambiente. O estabelecimento de limites entre eu e outro e o processo gradativo pelo qual esses limites se constroem (e se desfazem) perpassarão toda a elaboração teórica winnicottiana (Winnicott, 1959-1964/1983, p. 116).

Durski e Pinheiro (2014) enfatizam a necessária sensibilidade clínica que este trabalho demanda do analista:

...clara é a diferença entre nos posicionarmos frente ao analisando tendo em vista que ele reconheça e responsabilize-se por seu desejo, num lugar lá onde o analisando já conquistou a ancoragem suficiente para desejar, ou num lugar onde ainda nem mesmo a capacidade de desejar foi estabelecida. Conseguir perceber a “idade” do paciente no interior da relação transferencial, aliás, diz exatamente isso, de conquistarmos, como psicanalistas, a sensibilidade ‘ética’ para não nos tornarmos o pivô de (re)ações e (re)edições patológicas do paciente – o que seria justamente uma anti-práxis psicanalítica. (Durski e Pinheiro, 2014, p. 183)

É, no entanto, nesse tênue e paradoxal limite que o manejo se torna um desafio. Se a transferência se define como o que “no curso da vida é regularmente repetido, novamente impresso” (Freud, 1912a/2010a, p. 135), não há como evitar que seus desdobramentos se apresentem na clínica. O que cabe ao analista, afetivamente implicado, é oferecer o suporte e o cuidado necessários para que o sofrimento insuportável ganhar outros destinos. Se não há como evitar a reedição, que ela possa ser, mais do que reimpressão, uma “versão revisada pelo autor”. (Goldenberg, 2014)⁹⁴ Autoria que só pode fazer valer a partir do resgate do gesto espontâneo e do trabalho de destruição implicado no fazer criativo.

⁹³ Cf.. 2.2.2 O narcisismo e os limites do analisável.

⁹⁴ A referência é a distinção estabelecida por Freud(1905/1996), no caso Dora, entre transferências como simples impressões e transferências sublimadas: “Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição [da pessoa anterior pela do médico]. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma *sublimação*, como costume dizer, podendo até tornar-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões.” (Freud, 1905/1996, p. 111)

(4) *O brincar como horizonte clínico*

Antes de adentrar na investigação do delicado processo de *regressão à dependência* no manejo clínico proposto por Winnicott para a psicose e casos limites que permite o resgate do gesto espontâneo, é preciso afirmar que o *brincar* é seu horizonte clínico:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas crianças 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 é. (Winnicott, 1971/1975, p. 59)

A relação entre o brincar e o conceito de objeto transicional – uma das contribuições teóricas mais originais de Winnicott – traz à tona dimensão paradoxal na transferência: o brincar ocorre em espaço intermediário *entre* analista e analisando. Tal concepção, evidente na clínica com crianças, apresenta-se de modo mais sutil nos adultos: “a escolha das palavras, “as inflexões de voz”, “o senso de humor” (Winnicott, 1971/1975, p. 61) matizam o que é dito e ajudam a ilustrar o aspecto transicional da linguagem: as boas interpretações são aquelas feitas pelo analista no justo momento no qual o paciente está pronto para enunciá-las. Esse encontro dá ao neurótico a “sensação de estar fisicamente seguro”. Situação análoga à alucinação do seio no momento em que a mãe o fornece, base para a construção da onipotência do bebê e condição para a confiança no ambiente. O simbolismo em análise pressupõe a criação desse espaço potencial. (Winnicott, 1971/1975, p. 79) Assim, na neurose, a *distância* entre analista e analisando opera como simbolismo que torna a neurose de transferência possível: “o símbolo está no fosso entre o objeto subjetivo e o objeto que é percebido objetivamente”. (Winnicott, 1960/1983, p. 148).

Tal concepção se aproxima ao campo de afetação mútua ensaiado por Ferenczi (1928), e notável em *Análise de crianças com adultos* (1931/2011). A verticalidade na transferência, que carrega o risco de levar a análise para o campo sugestivo e predominantemente intelectual (Ferenczi, 1924/2011) dá lugar ao lúdico, construção desse espaço *entre dois* no trabalho analítico, abertura para o campo simbólico da análise.

Todavia, como vimos, a possibilidade de confiar e de encontrar as interpretações do analista nem sempre é possível: nos casos de pacientes psicóticos e borderlines é preciso que esse espaço se crie. Para tanto, é preciso que sejam atendidas necessidades de outra ordem. O desafio é tornar o espaço clínico tão confiável quanto possível para que permita ao paciente a *regressão à dependência*. O analista precisa, aqui, suportar ocupar outro lugar que não aquele das

transferências, no sentido clássico freudiano, mas oferecer ao paciente a sustentação que o próprio paciente não é sequer capaz de imaginar. (Winnicott, 1947/2000, p. 286-287) Em posição distinta à verticalidade da transferência das imagens parentais, mas ainda assim assimétrica, o analista precisa estar presente e oferecer suporte, invólucro e contorno para o paciente. Nesses momentos da análise, o analisando precisa ser tratado efetivamente “*como uma criança*”, tal como intuiu Freud em seu *Esboço de Psicanálise* (1940[1938]). É a partir desse ponto que uma construção original no que diz respeito ao manejo do ódio e da destrutividade se faz necessária, cujos caminhos examinaremos a seguir.

Mas para que seja possível fundamentar a concepção winnicottiana do manejo é necessário, antes, percorrer os múltiplos sentidos da agressividade na teoria de Winnicott.

3.3.2 Raízes da agressividade: do amor impiedoso à destrutividade

Dias (2000, p. 14) apresenta uma síntese dos principais pontos da teoria winnicottiana da agressividade:

1. A raiz instintual da destrutividade, que é inerente ao impulso de amor primitivo; 2. a motilidade (erotismo muscular) como manifestação do estar vivo; 3. a reação à falha ambiental, que interrompe a linha do ser e traumatiza. 4. num momento posterior, dentro dos ainda chamados estágios iniciais, a destrutividade *no anger*, que leva à criação da externalidade e ao uso do objeto como uma entidade por seu próprio direito.

Todos esses pontos, no entanto, não são abordados com a intenção de formar uma teoria da agressividade. Especialmente no que diz respeito à agressividade em relação ao desenvolvimento emocional, é possível notar que “Winnicott tinha as virtudes psicanalíticas de seus vícios científicos: ele não se tornou sistematicamente coerente em detrimento de sua própria inventividade.” (Phillips, 2013, p. 147) Mas, ainda assim, é possível realizar um percurso dos principais elementos em jogo em suas articulações.

A ideia de que há, do ponto de vista pulsional (ou instintual⁹⁵), um amor impiedoso, incompadecido [*ruthless*]⁹⁶ no início, perpassa de ponta a ponta as considerações winnicottianas

⁹⁵ Ciente dos quiproquós que envolvem as traduções de *trieb* na obra freudiana por *instinct*, Davi Bogomoletz (1990, p. 12) adverte o leitor que sua opção pela tradução de *instinct* por *instinto* faz jus ao contexto da psicanálise britânica na qual Winnicott se insere. No entanto, adverte: “Ao leitor cabe a tarefa de trazer em mente que o sentido correto da palavra “instinto” no contexto da psicanálise britânica é bem diverso daquele que ela tem em outros contextos (o zoológico, por exemplo).”

⁹⁶ Davi Bogomoletz (1990, p. 11) esclarece, a respeito da *ruthlessness*: “(...) o termo *ruthful* é um sinônimo quase perfeito para *concerned*. *Ruthless* seria, então, seu antônimo. A palavra *crudelidade*, frequentemente utilizada para traduzir o substantivo *ruthlessness*, “a qualidade daquele destituído de compaixão ou remorso”, não me parece

sobre a agressividade. Desde o seu primeiro texto sobre o tema, *A agressão* (1939), Winnicott valoriza a raiva do bebê: “É evidentemente importante para a criança em desenvolvimento que ela tenha se encolerizado com frequência em uma idade em que não precisa sentir remorso” (Winnicott, 1939/2005a, p. 97).

No entanto, não é possível pressupor uma intenção agressiva: o bebê pode ser cruel, infringir dor, ser perigoso, “mas só o é por acaso” (Winnicott, 1939/2005a, p. 97). Essa etapa é anterior à conquista da agressividade que pressupõe a existência de uma pessoa total, separada. Winnicott prefere falar em *avidez* a utilizar o termo kleiniano *inveja*, no intuito de desconstruir a ideia recorrente no campo psicanalítico da época de que o bebê “quer” agredir e destruir a mãe. (Winnicott, 1939/2005) Tais considerações parecem análogas à distinção esboçada por Freud em sua discussão sobre o sadismo, entre uma ação “meramente ativa ou mesmo violenta” em relação ao objeto sexual e o prazer sentido por infringir ou causar dor no outro (Freud, 1905/1996, nota de 1915, p. 150).⁹⁷

Assim, ao tratar de “voracidade” ou “amor-apetite-primário”, Winnicott indica uma indiferenciação inicial entre amor e agressão (Winnicott, 1939/2005a, p. 97). O “amor e ódio coincidentes”, característica da análise de analisandos psicóticos, é distinta da agressividade, que implica em alguma diferenciação e fusão. A reversão completa de amor em ódio que encontramos na análise do caso Schreber, por exemplo, pode ganhar outra via de articulação a partir dessa leitura. Mas a psicose propriamente dita não é o nosso foco de análise. Mais próximo aos problemas clínicos que estamos abordando, podemos evocar o que nomeamos “amor impiedoso” de Elisabeth Severn que, na indiferenciação amor e ódio, sujeito e objeto, faz uma transferência marcada por uma demanda violenta de amor.⁹⁸

Essa indistinção primitiva entre amor e ódio permite também a Winnicott entrever outro aspecto fundamental de sua articulação: a agressividade não é apenas reação à frustração: “o bebê morde mais quando está excitado do que quando está frustrado.” (Winnicott, 1939/2005a, p. 96) A agressividade primária, portanto, não se restringe *apenas* à “potência do ser que se contraporia ativamente à perturbação desprazerosa aniquilante” (Birman, 2009b, p. 132)⁹⁹. O

apropriada, a não ser no sentido original, proveniente da ideia de *crueza*, aquilo que existe em estado bruto. No sentido que normalmente damos a esta palavra em português, ela possui uma conotação hostil, indicando a atitude ou a disposição de fazer mal. Tal sentido não existe necessariamente na palavra inglesa, de modo que os mais preocupados com a precisão sugerem o adjetivo *impiedoso* para traduzir o termo *ruthless*, com a desvantagem de o substantivo *impiedade* ser muito pouco usado em português, além de possuir uma ressonância religiosa inteiramente ausente da palavra inglesa.... Por isso, a mim ocorreu *implacabilidade* ou *implacável*.” Na tradução que o mesmo autor faz do trabalho de Alexander Newman (2003, p. 224) utiliza a tradução *incompadecido*

⁹⁷ Cf. 2.3.2 Sadismo e masoquismo em Freud.

⁹⁸ Cf. 3.2.6 Caso Severn: a precocidade do trauma e o amor impiedoso.

⁹⁹ Cf. 2.3.2 Sadismo e masoquismo em Freud.

impulso para morder do bebê não é reativo mas simboliza um *estado de excitação* no qual se conjugam “amor e agressão”. (Winnicott, 1964/2005a, p. 108)

Mas no texto de 1939, fase inicial da produção, essas considerações ainda não tiveram o mesmo rendimento teórico que em seu artigo mais conhecido sobre o tema *Agressividade em relação ao Desenvolvimento Emocional*, uma coletânea de três textos. O primeiro apresentado em um simpósio com Anna Freud, em 1950, e os outros dois apresentados em grupo privado de discussão em 1954 e 1955. (Winnicott, 1950-55/2000) O texto, portanto, não tem uma estrutura linear, embora seja possível tecer algumas relações entre os temas apresentados em cada um dos tópicos.

Nessa coletânea, Winnicott evoca a necessária fusão dos instintos agressivos e eróticos na fase da dependência absoluta do bebê. O autor delimita assim, duas raízes do desenvolvimento emocional, o que não significa, cabe destacar, que elas estejam situadas em dois polos pulsionais. Há uma raiz motora e outra erótica. Nessa fase, ainda não é possível falar em fusão amor e ódio, pois para Winnicott, não faz sentido usar a palavra ódio em período anterior à integração do eu. A capacidade para agredir é, assim, uma conquista do desenvolvimento (Winnicott, 1950-55/2000)

O ponto de partida, para Winnicott, é o *movimento* do bebê. Winnicott pressupõe uma destrutividade relativa à motilidade: “A agressividade original é quase sinônimo de atividade”. (Winnicott, 1950-55/2000, p. 289) A potencialidade para a clínica dessa leitura nos parece surgir a partir da relação que Winnicott estabelece entre esse *movimento* e a *oposição*: “Se tentarmos observar o início da agressividade num indivíduo, o que encontraremos de fato é um movimento do bebê. ...Uma parte da criança movimenta-se e, ao mover-se dá de encontro com algo” (Winnicott, 1964, p. 103).¹⁰⁰

Winnicott supõe um “prazer muscular no movimento”¹⁰¹ que, ao encontrar oposição, começa a se transformar em agressividade. De uma pancada causal é que pode surgir, por inúmeras transformações, o desejo de machucar, em lento processo no qual pode ocorrer a intrusão da motilidade nas experiências eróticas do id. Destrutividade e motilidade quase se equivalem aqui, sendo seu sentido destrutivo construído pela forma como é recebido pelo outro e sua força, dependente da experiência de oposição oferecida pelo ambiente. Do modo como é realizada essa oposição ao movimento surge o *potencial agressivo* da criança (Winnicott, 1950-55/2000, p. 303).

¹⁰⁰ Cf. 3.3.8 Caso B: brincar de luta, oposição e resistência na transferência.

¹⁰¹ Não conseguimos encontrar pistas de qual seria a ordem desse “prazer”, se Winnicott não quer atrelá-lo à sexualidade.

Winnicott delineia assim, uma dimensão da destrutividade anterior à raiva reativa e à agressividade, mas próxima à espontaneidade, essa mesma perdida (ou escondida) em pacientes excessivamente submetidos ao ambiente (Winnicott, 1971/1975, p. 55). O resgate desta dimensão positiva da destrutividade *na* transferência, relaciona-se à possibilidade de que “*necessidades e desejos*” possam se tornar “*realizáveis com vigor e vitalidade genuínos*”. (Winnicott, 1954/2000, p. 384) A possibilidade de reação ou não à intrusão ambiental e a capacidade do sujeito usar seus impulsos destrutivos no mundo, estará relacionada não apenas à repressão, mas ao modo como essa oposição ao movimento foi experienciada nessas fases iniciais.

Assim, talvez seja possível afirmar que a experiência de oposição *está contida*, ainda que não explicitamente, no conceito de *holding*. A *sustentação* do ambiente implica também em oposição ao movimento do bebê, uma base muito primitiva para a separação entre eu e outro. Essa experiência de oposição, dirá Winnicott, é condição para a posterior fusão, sem a qual há o risco de “irrupção maciça de destrutividade inteiramente vazia de sentido” (Winnicott, 1964/2005b, p. 109) Nesse sentido, não há possibilidade de qualquer que seja a criança cujo meio é insuficiente adaptado às necessidades da mesma em seu começo, atingir o estado de fusão entre a agressividade (que faz as relações de objeto parecerem reais, e faz os objetos externos ao *self*) e os desejos eróticos (que tem uma capacidade para a satisfação libidinal). (Winnicott, 1950-55/2000, p. 303)

Há uma importante consequência teórica da quase equivalência entre destrutividade e atividade. Como é notório, Winnicott se desfaz do conceito de pulsão de morte, ou instinto de morte, com o argumento de que é um conceito desnecessário (Winnicott, 1959-1964/1983, p. 117) e também porque tanto Freud quanto Klein teriam atribuído sua origem a um fator hereditário. (Winnicott, 1971/1975, p. 102) Se acompanhamos o percurso de Winnicott, tal consideração não é surpreendente. Em sua proposta de evitar a teorização metapsicológica ou especulativa, a pulsão de morte estaria no alto da lista dos conceitos a serem riscados de seu vocabulário. Mas acreditamos que há sobretudo uma razão clínica para tal afirmação. No contexto teórico kleiniano, o conceito de pulsão de morte é fundamento para o trabalho interpretativo das transferências negativas, ponto de discordância inquestionável entre os dois autores. (Philips, 2013)

Assim, como destaca Dethiville (2013, p. 117), Winnicott dá continuidade à afirmação ferenciana *Nada além da pulsão de vida* que, como abordamos em tópico anterior¹⁰², posto

¹⁰² Cf. 3.2.5 O masoquismo em Ferenczi: o problema da afirmação do desprazer.

que ela emerge também em contexto de questionamento sobre os limites e possibilidades do trabalho analítico. No entanto, apesar da proximidade entre Ferenczi e Winnicott, nos parece que Winnicott dá mais acento à dimensão constitutiva da agressividade. Esse aspecto é contemplado em comunicação a Smirnoff [(1958) citado por Rodman, 1990, p. 23] em comentário à tradução francesa de seu artigo sobre objeto transicional: “A palavra *tender* (terno) até que é boa, mas enfatiza uma ausência de agressão e destruição, ao passo que a palavra *affectionate* (afetuoso) não afirma nem nega. Pode-se, por exemplo, imaginar um abraço que seja afetuoso e esteja longe de ser terno.”¹⁰³ Ainda que seus impactos não sejam necessariamente traumáticos, a destrutividade e a agressividade, para Winnicott, perpassam *todas* as etapas do desenvolvimento emocional. Winnicott quer preservar um lugar para a agressividade em sua teoria ao que parece, antes de tudo, por necessidade clínica.

Esse aspecto constitutivo da destrutividade se evidencia no último e talvez principal aspecto da concepção winnicottiana da agressividade: a destrutividade como promotora da *diferença* entre eu e o que é não eu.

Se até agora tratamos principalmente da necessidade de adaptação da mãe às necessidades do bebê, para extrair as últimas consequências da teoria da destrutividade em Winnicott, é preciso abordar o necessário trabalho de desadaptação, que leva à experiência de *desilusão* no desenvolvimento emocional. Desilusão, no entanto, que pressupõe a criação desse espaço potencial, situado nesse “fora, dentro, na fronteira” (Winnicott, 1971/1975, p.14). A possibilidade de encontrar conforto nesse espaço intermediário, implica em primeiro exercício de “ab-rogação da onipotência”, o primeiro passo para que, dali em diante, objetos “diferentes de mim” possam ser percebidos. (Winnicott, 1971/1975, p. 16) A construção desse espaço é condição para que a destrutividade não incida como uma explosão aniquilante para o bebê.

Assim, há dois sentidos distintos do trauma para Winnicott. O primeiro é o resultante do completo ou relativo fracasso da adaptação do ambiente, que deixa, portanto, de ser confiável ao levar ao colapso, cujas implicações abordamos anteriormente.¹⁰⁴ O segundo – que em última instância, talvez nem mesmo merecesse o nome de trauma – refere-se à tarefa de desadaptação da mãe que, após oferecer oportunidade para que o bebê viva uma experiência de onipotência, começa gradativamente a fracassar em oferecer o que lhe é demandado, proporcionando a passagem do princípio do prazer ao princípio de realidade: “A mãe está sempre ‘traumatizando’,

¹⁰³ Em português, no entanto, a palavra “afeto” não resolve, uma vez que conota também principalmente ternura. Não utilizamos o adjetivo “afetuoso”, por exemplo, para dizer que alguém é agressivo.

¹⁰⁴ Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre necessidade e desejo.

dentro de um arcabouço de adaptação e, desse modo, o bebê passa da dependência absoluta para a dependência relativa.” (Winnicott, 1965/1994, p. 113-114)

Versão positiva da culpa, a capacidade de *concernimento*¹⁰⁵ – de se preocupar, se importar com aquilo que concerne ao outro –, é fruto desse processo. Se erotismo e agressividade se fundem, a ambivalência, tão cara à clínica freudiana, pode ser alcançada. (Winnicott, 1963/2005b, p. 114) Mas para isso é preciso que mãe-ambiente e mãe-objeto se fundam e que a agressividade inerente a esse processo seja suportada.

A mãe-objeto é detentora do que pode satisfazer em caso de tensão (uma mãe freudo-kleiniana, por assim dizer, uma mãe através da qual são vividas as experiências pulsionais); a segunda é mãe que faz parte do ambiente total do paciente, de onde emerge “afeição e coexistência sensual”, lugar e relação pela qual se vive experiência de mutualidade, base para os processos que levam à formação do eu e da criatividade (a mãe winnicottiana por excelência).

Aos poucos, essas duas mães podem se integrar, desde que a mãe “real” esteja “viva” e disponível para esse processo:

A mãe-objeto tem que sobreviver aos episódios guiados pelo instinto, que adquiriram agora toda a força de fantasias de sadismo oral e outros resultados da fusão. À mãe-ambiente cabe, por outro lado, uma função especial, que é continuar sendo ela mesmo, continuar empática em relação ao seu bebê e presente para receber o gesto espontâneo dele e para ser agradada. (Winnicott, 1963/2005b, p. 115)

Mãe-objeto e mãe-ambiente parecem assim, um tipo de correlato da fusão das duas raízes da agressividade (motilidade e amor primitivo). Quando o bebê começa a senti-las unidas (em referência à posição depressiva), o processo de destruição que seguia seu curso de modo mágico, pode se tornar agora algo terrível e angustiante para a criança. A partir daí, o sentimento de culpa eminente só se apazigua a partir da capacidade de contribuir, em explícita analogia com o conceito de reparação de Klein (Winnicott, 1963/2005b, p. 116). Nesse sentido, Winnicott afirma: “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, 1939/2005a, p. 101) Ou, em outras palavras, “impulso construtivo está relacionado com a aceitação pessoal, por parte da criança, da responsabilidade pelo aspecto destrutivo da sua natureza.” (Winnicott, 1964/2005a, p. 107) Se o sujeito é capaz de construir e ter reconhecido seu esforço construtivo a culpa não é mais sentida, mas torna-se adormecida, potencial.

¹⁰⁵ Adotamos a sugestão de tradução de Davy Bogomoletz (Winnicott, 2000, p. 10) *Concern* foi também traduzido como envolvimento (Winnicott, 1963/2005a) e preocupação (Winnicott, 1963/1983).

Se a criança conquista uma confiança nesse ciclo benigno, a capacidade de concernimento se estabelece: “A criança está agora tornando capaz de se envolver [*concern*], de assumir a responsabilidade por seus próprios impulsos instintuais e pelas funções ligadas a eles.” (Winnicott, 1963/2005b, p. 116). A partir desse ponto, a responsabilização pelos próprios desejos começa a fazer sentido no linguajar winnicottiano.

No entanto, para que esse ciclo se conclua, é necessário que a mãe sustente a situação ao longo do tempo. Nesse momento (ou nessa soma de momentos) *entre* a adaptação total da mãe e a desadaptação, Winnicott situa aqui, novamente, o risco de uma vivência traumática:

A não-sobrevivência da mãe-objeto ou o fracasso da mãe-ambiente em propiciar uma oportunidade confiável para a reparação leva à perda da capacidade de envolvimento [*concern*] e à sua substituição por angústias cruas e por defesas cruas, tais como a clivagem ou a desintegração (1963/2005b, p.117).

Outro aspecto da traumatogênese em Winnicott é então destacado. A impossibilidade de reparação pode estar relacionada à *falha no processo de desadaptação*. A mãe-perfeita do paciente B., que veremos adiante, é um bom exemplo, pois demonstra os efeitos paralisantes e inibidores da falha na desadaptação materna.¹⁰⁶ Portanto, a abordagem de Winnicott contempla tanto situações nas quais *não* há separação quanto aquelas na qual a separação não é seguida da possibilidade de reparação. (Winnicott, 1963/2005b, p. 117). Nesse momento, o que está em questão é não apenas “a aquisição do *status* de unidade”, “a junção do amor e do ódio” e o “reconhecimento incipiente da dependência” mas também “o estabelecimento de uma distinção entre o que é e o que não é o eu.” (Winnicott, 1964/2005a, p.104). A partir desse ponto, chegamos à importante função delimitadora da destrutividade, que se constrói a partir da sobrevivência ou não do objeto.

A possibilidade de perceber um objeto como externo, “por seu próprio direito”, dependerá não apenas da desadaptação da mãe, mas também de sua capacidade de sobrevivência (e não retaliação) aos ataques destrutivos do bebê. Ou seja, para que tudo isso ocorra, é preciso primeiro uma desadaptação do objeto e, ao mesmo tempo, o objeto precisa suportar ser destruído e sobreviver à destruição sem retaliar. Como consequência, o medo da violência da própria raiva pode estar relacionado a não-sobrevivência do objeto, pois a potência aniquilante da agressividade se reafirma quando o objeto não sobrevive.

A dinâmica é a seguinte: “Eu destruo o objeto (mato, aniquilo) e ele não morre, não acaba: ele sobrevive”. De inúmeras experiências de destruição/sobrevivência do objeto, o bebê começa

¹⁰⁶ Cf. 3.3.8 Caso B.: Brincar de luta, oposição e resistência na transferência.

a perceber que há um objeto fora da área de onipotência do indivíduo, para além de suas projeções. Nesse momento, é feita a passagem da relação de objeto para o uso do objeto, que passa a ser reconhecido como um objeto externo por seu próprio direito. Quanto mais o sujeito destrói o objeto, mais ele se torna *real* para o sujeito. Na medida em que a destruição segue seu curso, a *diferença* entre eu e não-eu se constitui. Nesse sentido, Winnicott pode afirmar que o primeiro impulso da relação do sujeito com o objeto (objetivamente percebido) é *destrutivo*. (Winnicott, 1971/1975, p. 126).

A destrutividade não é, portanto, reação ao encontro com o princípio de realidade. Pelo contrário, quando seguida da sobrevivência do objeto, é operativa no corte entre o campo da fantasia (onde os objetos estarão sempre sendo destruídos) e a realidade: “Na teoria ortodoxa, continua a suposição de que a agressividade é reativa ao encontro com o princípio de realidade, ao passo que, aqui, é o impulso destrutivo que cria a qualidade da externalidade.” (Winnicott, p. 131, 1969)

A destruição possibilita, assim, tanto a constituição da *diferença* entre realidade e fantasia quanto a possibilidade de suportar a *destruição fantasmática dos objetos*. Destruir um objeto na fantasia é mais suportável do que a fantasia de que o objeto corre o risco de ser efetivamente destruído na realidade.

Assim, se Freud (1925/2007) nos mostra a divisão no interior do aparelho psíquico promovida pelo recalque, em Winnicott, a destrutividade (a partir da resposta do outro) pode ser promotora da divisão entre sujeito e objeto (para além do entre dois). Ao trabalho pulsão de destruição, com sua função de expulsão e base para o estabelecimento dos limites entre o dentro e o fora, entre o subjetivo e o objetivo¹⁰⁷, Winnicott acresce uma função de separação atrelada à construção dos sentidos de realidade. Assim, ainda que as raízes da destrutividade sejam distintas, e até mesmo opostas, para os dois autores – para Freud, pulsão de morte é busca de uma estabilidade relativa¹⁰⁸, para Winnicott, destrutividade é atividade – ambos destacam sua função de estabelecimento de limites e diferenças na constituição do sujeito.

3.3.3 Sobre o masoquismo em Winnicott: o ódio materno e sentir-se real pela oposição

Uma pincelada teórica sobre o problema de masoquismo em Winnicott é apresentada em *Psicogênese de uma fantasia de espancamento* (1958a/1994). Nesse pequeno texto, Winnicott

¹⁰⁷ Cf. 2.3.4 Pulsão de destruição, cisão do eu e possibilidade de resistir.

¹⁰⁸ Cf. 2.3.3 Do masoquismo erótico ao masoquismo moral.

traz a história de uma paciente em regressão profunda, cujo único elemento constante em sua análise era a fantasia de ser espancada.

Winnicott situa explicitamente o espancamento no campo da fantasia, pois não havia provas de haver nada real, nem mesmo em brinquedos, em seu relato. Leitor de Freud, faz referência a *Uma criança é espancada* (1919/1996), mas adverte que é necessário avaliar a natureza e transformações do fantasiar caso a caso, até porque sua leitura da fantasia de espancamento vai por caminho distinto dos apresentados por Freud.¹⁰⁹ Dois elementos da *interpretação* winnicottiana merecem ser destacados: havia “desesperança” da paciente em comunicar-se com a mãe”, de início e, ao fim da análise, a constatação de que “era o sadismo reprimido da mãe o fator inalterável” que estava na base da criação das fantasias, em clara aproximação à traumatogênese ferencziana. Essa interpretação feita por Winnicott tem efeitos notáveis na paciente:

Após esta interpretação e a sessão que lhe deu sentido, houve a impressão de ter-se dado uma mudança na associação de vida inteira da paciente com a fantasia de espancamento. É talvez possível vincular o detalhe de nunca ter havido qualquer sensação de ficar machucada como fato de que o masoquismo e a fixação na mãe é que eram operativos. (Winnicott, 1958/1994, p. 40)

Anterioridade do ódio materno e desesperança na comunicação: dois elementos importantes da cartografia winnicottiana que “invadem” o território freudiano das fantasias de espancamento.

No entanto, cabe destacar, o problema do masoquismo não será muito enfatizado por Winnicott. Em geral, os problemas clínicos que permeiam a teoria winnicottiana da agressividade não são os mesmos que aqueles explorados por Freud em relação ao masoquismo. O psicanalista inglês é explícito em seu primeiro texto sobre agressividade:

Um outro método importante para lidar com a agressão na realidade interna é o método masoquista, por meio do qual o indivíduo encontra o sofrimento e, ao mesmo tempo, expressa agressividade, é punido e, assim, aliviado de sentimentos de culpa, e desfruta de excitação e gratificação sexuais. Isso está fora de nosso atual objeto de estudo. (Winnicott, 1939/2005a, p. 100)

Abordamos no capítulo anterior que a teoria do masoquismo em Ferenczi, especialmente sua discussão sobre o prazer da passividade, permite estabelecer paralelos com o masoquismo em Freud, ainda que em Ferenczi seja relativo ao trauma. Se quisermos tentar uma mesma analogia em Winnicott, é possível afirmar que, tal como em Freud dos anos 1915, o sadismo é primário

¹⁰⁹ Cf. 2.3.2 Sadismo e masoquismo em Freud.

em relação ao masoquismo. No entanto, o masoquismo, para Winnicott, não tem relevância na constituição do sujeito, ele é fruto de uma forma peculiar de fusão das raízes eróticas e agressivas e ocorre em fase de extrema dependência, o que revela sua faceta intersubjetiva:

O indivíduo pode alcançar uma falsa fusão entre os componentes agressivo e erótico ao converter essa agressividade pura e não fundida em masoquismo, mas para que isso ocorra é preciso que exista um perseguidor confiável, e o perseguidor confiável é um/a amante sádico/a. Este é um caso em que o masoquismo revela-se primário em relação ao sadismo. Entretanto, ao observarmos o desenvolvimento emocional de um ser humano saudável, veremos que o sadismo é primário em relação ao masoquismo (Winnicott, 1950-1955/2000, p. 304)

Winnicott delinea, como anunciamos no tópico anterior, um dualismo (raiz erótica e raiz agressiva) anterior à ambivalência amor e ódio – cuja forma peculiar de fusão – uma falsa fusão – pode levar à busca por um agressor. No masoquismo, é o erotismo que se adiciona à destrutividade. Enquanto na “saúde”, é a raiz agressiva que se adiciona ao erotismo.

Mas o ponto destacado por Winnicott, coerente com sua teoria é que, tanto na posição masoquista quanto na sádica, há uma busca por *sentir-se* real: o sujeito só se sente real através da intrusão ambiental e, assim, busca ativamente experiências de frustração: “Em maior ou menor grau o indivíduo *precisa* da oposição, e somente quando a sofre é que ele encontra a importante raiz da motilidade.” (Winnicott, 1950-55/2000, p. 298) A pessoa torna-se dependente de um ambiente intrusivo, pela “erotização de elementos agressivos”. A partir daí, o sujeito não consegue se sentir real a não ser quando se comporta de modo destrutivo e impiedoso. Daí a dificuldade de manejo nesses casos. A sensação de realidade depende de uma realização agressiva.

Mas vale reafirmar, o campo do masoquismo e o do sadismo, em sentido estrito, não é o explorado por Winnicott. Além disso, entre Ferenczi e Winnicott, parece haver uma diferença crucial. Winnicott não abordará o problema do masoquismo pela via da satisfação pulsional aí implicada, como tentou Ferenczi, mas a partir de uma articulação sobre as necessidades egoicas primitivas, a partir das quais as possibilidades e impossibilidades de *ser* se criam. As notas de Ferenczi sobre o masoquismo parecem uma tentativa de conciliação entre as necessidades do eu, que começaram a ser problematizadas desde 1928, e sua teoria da sexualidade. Em Winnicott, em vez do excesso, a ênfase está no continente.

Assim, talvez seja possível afirmar, como aponta Philips (2013, p. 213), que há no movimento criativo de Winnicott uma “fuga do erótico”. Mas, ao mesmo tempo, é justamente por essa particularidade que sua contribuição ao campo psicanalítico se torna profícua, ao dar relevo a dimensões do psiquismo que não haviam sido antes contempladas pelo campo

psicanalítico. Mas, parece também que é justamente nesse ponto que suas contribuições revelam seus limites: Winnicott sem Freud implica no apagamento do que há de mais radical na invenção desejante da psicanálise: a ideia de um sujeito cindido porque atravessado pelo inconsciente e pela sexualidade. Talvez Winnicott estivesse ciente dos riscos quando afirma, em *Natureza Humana*, que qualquer teoria que negue a força do inconsciente, da angústia e dos conflitos a ele relacionados é inútil. (Winnicott, 1990, p. 54)

De todo modo, de uma maneira original, Winnicott, a partir dessas considerações sobre o masoquismo, retoma o problema da adesividade transferencial e da “ausência de resistências” na clínica, o que nos permite retomar uma das questões iniciais de nossa tese:

E aqui nos defrontamos com o valor positivo da resistência do paciente neurótico. Essa resistência, que pode ser analisada, dá margem a um bom prognóstico. A ausência de resistência leva ao diagnóstico de um distúrbio nos padrões primitivos [relativos à fusão entre as raízes agressivas e eróticas]. (Winnicott, 1950-1955/2000, p. 299)

Os problemas da *adesividade transferencial*, da *ausência de resistência* e das *transferências negativas latentes*, ganham, com Winnicott outra via de articulação teórica e, o mais importante, a abertura para outras formas de manejo, como veremos a seguir, na discussão sobre a clínica de pacientes falso *self*. Apesar do campo do gozo não ser o enfatizado, isso não o impede de trazer importantes contribuições sobre o manejo, especialmente quando o que está em jogo é uma experiência de colapso, de perda de continuidade do ser.

3.3.4 O falso *self* como submissão e adaptação ao ambiente

“Pede-se mãe suficientemente boa para bebê sábio”. Assim Guignard (2001) retrata, em criativo título de artigo, o entrecruzamento dos territórios winnicottiano e ferencziano. Winnicott não utiliza a expressão “identificação ao agressor”, mas descreve problemas clínicos bastante próximos através da ideia de submissão ao ambiente, típicas das personalidades falso *self*, cujo sentimento de autenticidade é excluído em prol de uma adaptação às demandas, como forma de proteção ao verdadeiro *self*. (Parseval, 2007) Trata-se de uma proteção à perda da continuidade e ameaça de aniquilamento da qual o sujeito se protege criando um falso *self* enrijecido. O falso *self* emerge como figura clínica que permite dar relevo à submissão na transferência com acento na dimensão intersubjetiva.

De fato, a imagem do “o bebê sábio” (1923/2011), evocada por Ferenczi para ilustrar a ideia de um sujeito que cuida do ambiente ao invés de ser cuidado¹¹⁰, parece corresponder a uma das formas possíveis organizadas de falso *self* descritas por Winnicott, nos casos em que a *mente* torna-se o *lugar* do falso *self*, com dissociação entre a atividade intelectual e psicossomática.¹¹¹ Diante do excesso traumático, o sujeito defende-se criando um falso *self*, que deixa um núcleo autêntico escondido e incomunicável:

O ‘indivíduo’ desenvolve-se então mais como uma extensão da casca do que do núcleo, ou seja, como uma extensão do ambiente intrusivo [*impinging*]. O que resta do núcleo está bem escondido [*hidden away*] e é difícil de encontrar mesmo na análise mais profunda [*far-reaching analysis*]. O indivíduo, então, existe por não ter sido encontrado. O verdadeiro *self* está escondido, e aquilo com que temos que lidar clinicamente é um complexo falso *self*, cuja função é manter o verdadeiro *self* escondido. (Winnicott, 1958[1955], p. 212)¹¹²

Assim, o falso *self* tem uma importante função defensiva de proteção ao verdadeiro *self*. Ele possui gradações que vão desde à adaptação necessária ao convívio social até à busca de identificações na tentativa de criar condições para que o verdadeiro *self* se estabeleça. Nos casos mais graves, pode se construir como uma cisão que esconde e apaga o verdadeiro *self* ou ainda, no caso mais extremo, pode se confundir e parecer ser pessoa real. (Winnicott, 1960b/1983, pp. 130-131)

Os esboços da ideia de falso *self* são encontrados em *Reparação em função da defesa organizada da mãe contra a depressão* (1948/2000), escrito um ano depois de *Ódio na Contratransferência*. Nesse texto, Winnicott utiliza a noção de “falsa reparação”, fruto “da identificação do paciente com a mãe”. O sentimento de culpa nesses casos não é sentido como próprio, mas consiste em “defesa organizada da mãe contra a depressão e a culpa inconsciente” (Winnicott, 1948/2000, p. 157). A traumatogênese ferencziana, aqui, não pode deixar de ser evocada: há uma progressão traumática que leva que o sujeito a focar nos desejos e necessidades do outro, em vez de seus próprios desejos e necessidades.

Nesses casos, há uma descoberta gradual “de que todo o esforço construtivo... não resulta em senso de realização”, pois o analisando está “fazendo reparação não com suas próprias tendências de destruição, mas com respeito às tendências destrutivas da mãe. O paciente não alcança uma nova posição, parece sempre estar retornando ao ponto de partida.” (Winnicott,

¹¹⁰ Cf. 3.2.4 Identificação ao agressor: do ódio à submissão.

¹¹¹ Para Winnicott (1990, p. 44), “a natureza humana não é uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente.”

¹¹² Citado por Vieira (2014, p. 80).

1969a/1994, p. 193) As interpretações rodam em falso e uma sensação de fracasso e futilidade perpassa o trabalho clínico.

O caso S.I., de Ferenczi, é exemplar dessa articulação: quando era agressiva não sentia sua agressividade como própria: era do ódio da mãe que se tratava.¹¹³ Nos casos como esse, em que há uma “falsa reparação”, a identificação à mãe faz com o que o trabalho destrutivo e construtivo seja obstruído. A ideia de que toda performance de adaptação é um processo de destruição interrompido em seu desdobramento, apresentada por Ferenczi (1930b/2011)¹¹⁴ pode ser então evocada, ainda que se torne mais evidentes quando Winnicott trabalha o uso das falhas do analista na clínica.¹¹⁵ De todo modo, é do campo das identificações e das vicissitudes da agressividade que se trata, justamente os problemas abordados por Freud na segunda tópica.¹¹⁶

A proximidade com o conceito de superego tanto em Freud quanto em Ferenczi é tamanha que nos leva a perguntar porque Winnicott não faz referência aos autores. A resposta não parece difícil. Ainda que os territórios clínicos se aproximem, Winnicott evita utilizar termos especulativos da metapsicologia. Isso porque o mapeamento criado por Winnicott é muito peculiar: o psicanalista inglês faz questão de ser autêntico. Como indica Ogden (2002): “Winnicott não usa a linguagem para chegar a conclusões. Ao contrário, usa a linguagem para criar experiências de leitura inseparáveis das ideias que apresenta ou, mais acuradamente, as ideias com as quais brinca.” Winnicott queria criar uma linguagem viva e próxima à clínica.

A sua distinção entre verdadeiro e falso *self* é bom exemplo desse exercício de criar um mapeamento muito próximo ao território clínico que estava investigando. Dialogando como estava com o excesso interpretativo kleiniano, Winnicott queria atentar para as análises que giravam em torno do trabalho interpretativo de fantasias sádicas e agressivas mas que, por não darem espaço e acolhimento para a regressão à dependência, tornavam-se intermináveis. A produção de Winnicott é permeada, como aponta Philips (2013), por “uma crítica velada a métodos superinterpretativos da psicanálise.”

O seu ponto de partida para a elaboração da distinção entre verdadeiro e falso *self* é, portanto, clínico: “Não há sentido na formulação da ideia do *self* verdadeiro, exceto com o propósito de tentar compreender o falso *self*, porque ele não faz mais do que reunir os pormenores da experiência de viver.” (Winnicott, 1960a/1983, p. 135)

¹¹³ Cf. 3.2.4.1 Caso S.I.: o terrorismo do sofrimento.

¹¹⁴ Cf. 3.2.5 O masoquismo em Ferenczi: o problema da afirmação do desprazer.

¹¹⁵ Cf. 3.3.9 Do uso das falhas à destruição/sobrevivência do analista.

¹¹⁶ Cf. 2.3 O problema do masoquismo e o manejo das transferências negativas.

Sua potencialidade clínica aparece mais ainda quando atrelada ao conceito de gesto espontâneo. O resgate do “gesto espontâneo” do analisando – “o *self* verdadeiro em ação” (1960a/1983, p. 129) exige sensibilidade (e não astúcia) e tem como condição a disponibilidade do analista para identificar-se com o paciente.¹¹⁷ Na ocasião da formação de um falso *self*, o gesto espontâneo do paciente havia sido substituído pelo gesto materno, o bebê não viu seu rosto refletido no rosto da mãe, mas uma imagem que refletia a dureza ou o ódio materno. (Winnicott, 1971/1975) Algo de si se perdeu por não ter sido reconhecido pelo outro.

Mas não é apenas para valorizar o acolhimento do gesto espontâneo e a identificação primária que Winnicott usa a ideia de verdadeiro *self*. Ele também o utiliza para apontar os limites do compartilhamento e da identificação. Winnicott quer garantir ao analisando, na clínica, do direito ao segredo do *self*. A não-comunicação como forma de comunicação (Winnicott, 1963b/1983) precisa ser reconhecida para que o analista não seja invasivo.

Deste modo, Winnicott contempla com a noção de verdadeiro *self*, tanto uma advertência em relação à frieza e à distância do analista quanto à proximidade excessiva e intrusiva.

Em rascunho inacabado de uma conferência para um grupo intitulado *Crime – um desafio*, o autor brinca com a ideia de ser completamente verdadeiro (Winnicott, 1967/2005b):

Shakespeare, talvez com o intuito de evitar ser enganado, juntou um punhado de verdades e passou-as a nós pela boca de um sujeito muito chato chamado Polônio. Sendo assim acho que podemos aceitar o conselho: *This above all: to thine own self be true / And it must follow, as the night the day / Thou const not then be false to any man.*¹¹⁸ (Winnicott, 1963/2005b, p. 54)

Seu incômodo com a excessiva submissão ao ambiente é notável. Em seus textos sobre a tendência anti-social, Winnicott coloca a rebeldia e o crime mais próximo à saúde do que a submissão e a hiperadaptação do sujeito. Em referência à tendência anti-social, diz, provocativo: “...há crianças que prefeririam ser excluídas da sociedade a contar uma mentira.” (Winnicott, 1967/2005b, p. 58) A diferença principal entre a rebeldia e a adaptação parece ser, aos olhos de Winnicott, o fato de que a tendência anti-social carrega esperança, uma esperança de reencontrar uma reparação do ambiente. Mas além disso, e o mais importante para a presente pesquisa, a tendência anti-social permite ao sujeito *experimental seus impulsos destrutivos* (Winnicott, 2005a, p. 124), senti-los como *próprios*. O bebê precocemente seduzido e adaptado

¹¹⁷ Cf. 3.3.5 O ódio na contratransferência e anterioridade do ódio materno.

¹¹⁸ “Isto acima de tudo: Sê verdadeiro a teu próprio *self* / E assim, como a noite ao dia, /Segue-se que não serás falso a nenhum outro ser.”

ao ambiente, não tem mais essa capacidade de *usar* a própria agressividade, experimentá-la como rica de sentido.

A adaptação excessiva ao ambiente torna o bebê incapaz de desligamento, de se separar do objeto, em última instância, de estar só na presença de outros (Winnicott, 1958/1983). O bebê sábio, de Ferenczi, e o falso *self*, de Winnicott, não podem estar sozinhos se há outros por perto, precisam estar sempre cuidando dos movimentos dos outros (tal como Elisabeth Severn estava atenta a Ferenczi desde o início de sua análise¹¹⁹).

Em *A Agressividade em Relação ao desenvolvimento emocional* (1950-55/2000, p. 303), Winnicott apresenta a multiplicidade de elementos que estão em jogo na formação de um *falso self*:

Na doença ocorre que nesse estágio tão primitivo é o ambiente que se impõe, sendo a força vital consumida em reações à intrusão – e a consequência é o contrário da *sólida instauração do Eu*. Em casos extremos acontecem muito poucas experiências a não ser através de reações, e o *Eu* não se estabelece. Em vez disso encontramos um desenvolvimento baseado na experiência de reação. O indivíduo que assim passa a existir será chamado de *falso*, pois a impulsividade pessoal estará ausente. Neste caso não haverá fusão dos componentes agressivo e erótico, pois o *Eu* não está instaurado no momento da experiência erótica. O bebê vive, pois alguém o seduz para a experiência erótica. Mas ao lado da experiência erótica, que jamais é sentida como real, encontraremos uma vida de agressividade reativa dependente da experiência de oposição. [itálicos nossos]

O argumento apresentado por Winnicott nesse texto, aliás, um dos que mais se aproxima do linguajar freudiano, remete ao conceito ferencziano de *progressão traumática* patológica, que carrega a ideia de um psiquismo prematuramente maduro e formado apenas de id e superego, sem o eu para realizar a função mediadora.¹²⁰ A sensação de autenticidade e de realidade das experiências vividas se perdem, a não ser se vividas a partir da sedução e da submissão ao outro. A destrutividade fica impedida de realizar seu papel diferenciador.

3.3.5 O ódio na contratransferência e anterioridade do ódio materno.

O sentimentalismo é uma negação inconsciente à destrutividade subjacente à construção. (Winnicott, 1947/2000, p. 102)

Podemos agora retornar às considerações de Winnicott: “Somente desta maneira [pelo estudo da contratransferência], podemos evitar as terapias que se adaptam mais às necessidades

¹¹⁹ Cf. 3.2.6. Caso Severn: a precocidade do trauma e o amor impiedoso.

¹²⁰ Cf. 3.2.4 Identificação ao agressor: do ódio à submissão.

do terapeuta que às necessidades do paciente.” (Winnicott, 1947/2000, p. 287) A “resposta total do analista às necessidades do paciente” (Winnicott, 1960b/c1983) refere-se às necessidades egoicas primitivas de cuidado para que os processos de realização, personalização, integração (Winnicott, 1945/2000) possam ser conquistados. Tem, portanto, sentido distinto das demandas de amor dos pacientes neuróticos que, se atendidas, põe em risco o tratamento e apenas contribuem para o aumento das resistências (Freud, 1915/2010a).¹²¹ A astúcia para a interpretação é secundária – no fim das contas, é sempre secundária – em relação à sensibilidade para as necessidades do analisando:

O que importa ao paciente não é a acuidade da interpretação, mas sim o desejo do analista de auxiliar, a capacidade do analista se identificar com o paciente e assim acreditar no que é necessário e satisfazer as necessidades logo que elas sejam indicadas verbalmente, ou em linguagem não-verbal ou pré-verbal (Winnicott, 1958/1983, p. 112)

Essa identificação com o paciente é parte importante do trabalho de *regressão à dependência* e deve ser compreendida em sentido distinto da regressão a pontos de fixação, tal como se considerava nos primeiros anos de psicanálise. A tendência regressiva é uma comunicação primitiva, sinal de esperança de que o ambiente venha novamente a lhe dar o que necessita (Winnicott, 1959-1964/1983).¹²² Trabalho delicado do analista, que precisa estar menos defendido pois, além da análise das resistências, o trabalho passa a ser o de sustentação [*holding*] da experiência analítica para que ela continue em seu próprio ritmo.

O desafio, diz Winnicott, é que o analista permaneça “desperto, bem e vivo”, ao longo do processo (Winnicott, 1962/1983, p. 152). Importante destacar, essa é uma prerrogativa do *analista*, para que o paciente possa estar em ambiente de confiança para dormir, “morrer” e ficar mal, por quanto tempo e por quantas vezes forem necessárias. O analista precisa sustentar o enquadre sem nada exigir do paciente:

A princípio, o mais importante é o fato de que o analista não está deprimido, permitindo que o paciente encontre a si mesmo por não necessitar que ele seja bom ou esteja bem arrumado ou seja obediente, e por não precisar nem mesmo ensinar ao paciente seja lá o que for. O paciente pode avançar em seu próprio ritmo. Ele pode falhar, se quiser, sendo-lhe dado tempo e algo como um lugar seguro. (Winnicott, 1948/2000, p. 160)

¹²¹ Cf. 2.1.4 Transferências amorosas e princípio de abstinência.

¹²² Roussillon (2004) dá relevância à comunicação na tendência regressiva, mas em diálogo com a teoria freudiana, apresenta a ideia de “função mensageira da pulsão”, que permite, a nosso ver, uma inter-relação profícua entre a teoria pulsional freudiana e winnicottiana.

Esse processo exige disponibilidade do analista, sem que o paciente faça a menor ideia de que esse suporte esteja acontecendo. Isso porque o analisando precisa se sentir capaz de criar esse mundo sem reconhecer que o analista está lá dando condições para que esse mundo seja criado.

Para avançar no argumento, Winnicott aborda a anterioridade do ódio materno em relação ao ódio do bebê, o que indica a abertura para a intersubjetividade da constituição do ódio, mas também seu aspecto transgeracional. A mãe odeia o bebê (partindo da suposição de que ela tem capacidade egoica para odiar) antes que ele a odeie.

Mas para além do traumático que reincide, Winnicott elenca, de maneira bem humorada, motivos onipresentes no cotidiano materno que despertam o ódio da mãe. O bebê é impiedoso, não demonstra gratidão e, além de estar longe de ser o objeto idealizado, exige que se faça mais por ele do que ele faz por ela.¹²³ As canções de ninar, repletas de conteúdos agressivos cantados em melodia suave e doce são exemplos do caráter ambivalente e porque não, paradoxal, desse ódio.¹²⁴

A assimetria na relação-mãe bebê (assim com a assimetria analítica) é, nesse ponto, essencial. Diferente do bebê, que precisa de liberdade para manifestar sua destrutividade de

¹²³ Cito a passagem na íntegra:

O bebê não é uma concepção (mental) sua.
 O bebê não é aquele das brincadeiras de infância, um filho do papai, do irmão, etc.
 O bebê não é produzido magicamente.
 O bebê é um perigo para seu corpo durante a gestação e o parto.
 O bebê interfere com a sua vida privada, é obstáculo para sua ocupação anterior.
 Mais ou menos intensamente, a mãe sente que o bebê é algo que sua própria mãe deseja, e ela o produz para aplacá-la.
 O bebê machuca os seus mamilos mesmo quando suga, o que inicialmente implica em mastigação.
 Ele é impiedoso, trata-a como lixo, uma serva sem pagamento, uma escrava.
 Ela tem que amá-lo com suas excreções e tudo o mais, pelo menos no início, até que ele venha a ter dúvidas sobre si próprio.
 Ele tenta machucá-la, volta e meia a morde, e tudo por amor.
 Ele se decepciona com ela.
 Seu amor excitado é um “amor interesseiro”, de modo que ao conseguir o que queria ele a joga fora como a uma casca de laranja
 No início o bebê dita a lei, é preciso protegê-lo de coincidências, a vida deve fluir no ritmo dele, e tudo isso exige da mãe um contínuo e detalhado estudo.
 No início ele não faz ideia alguma do quanto ela faz por ele, do quanto ela se sacrifica por ele. É impossível para ele suportar principalmente o seu ódio.
 Ele é desconfiado, recusa a comida tão boa que ela preparou e faz com que ela duvide de si mesma, mas com a tia ele come tudo.
 Depois de uma manhã horrível, ela sai com ele e ele sorri para um estranho, que diz: “Não é uma gracinha?”
 Se ela falha com ele no início, sabe que se vingará para sempre.
 Ele a excita mas a frustra – ela não pode devorá-lo nem fazer sexo com ele. (Winnicott, 1947, p. 285-286).

¹²⁴ “Nana nenê/que a cuca vem pegar/ papai foi pra roça/ mamãe foi trabalhar...” “Boi, boi, boi da cara preta/pega esse menino que tem medo de careta...”

forma irresponsável no início, “a mãe deve ser capaz de tolerar o sentimento de ódio contra o bebê sem nada fazer a respeito. Ela não pode expressá-lo para ele.” (Winnicott, 1947, p. 286) No entanto, precisa saber tolerá-lo, sob o risco de cair no masoquismo: “No caso de temer a própria reação, ela não conseguirá odiar adequadamente quando machucada, e poderá cair no masoquismo, e a meu ver é isto que leva à falsa teoria de um masoquismo natural às mulheres.” (Winnicott, 1947/2000, p. 286)

Enfatizamos o ódio materno, na tentativa de diferenciar a abordagem winnicottiana de uma ideia de uma maternagem ingênua, sentimental, repleta só de amor e que negue a ambivalência amor e ódio: “Não creio que uma criança ao desenvolver-se seja capaz de tolerar toda a extensão de seu ódio num ambiente sentimental. Ela precisa de ódio para poder odiar.” (Winnicott, 1947/2000, p. 287) O ideal de “bondade e abnegação maternas” mencionadas por Ferenczi em seu *Diário Clínico* (1932) passam a partir daqui a receber uma problematização teórica mais consistente. O masoquismo do analista pode implicar na “não sobrevivência do analista”, com importantes consequências clínicas, como veremos adiante. Winnicott, assim como Ferenczi em seu estudo da dinâmica agressor-agredido, enfatiza o trabalho exaustivo que está aí implicado:

Algun tempo atrás fui surpreendido pela ideia, decorrente do meu trabalho clínico, de que quando o paciente está em busca da raiz agressiva de sua vida instintiva a tarefa do analista é mais cansativa, de um modo ou de outro, do que se a busca do paciente é pela raiz erótica. (Winnicott, 1950-55/2000, p. 300)

O manejo nos casos clínicos cuja problemática remete ao falso *self*, que examinaremos a seguir, explicitam a necessidade do analista estar implicado nesse tipo de trabalho.

3.3.6 O manejo diante de um falso self: reencontrar a agressividade na clínica.

Em *Classificação* (1959-1964/1983, p. 122), Winnicott identifica três formas clínicas da transferência que demandam a elasticidade na técnica: as personalidades *falso-self*, as psicopatias e as psicoses. Nesse texto, o autor não tem a pretensão de abarcar todo o campo dos problemas relativos às modalidades de sofrimento não-neuróticas, sendo apenas uma tentativa de sistematização de sua experiência clínica.

Ele diz, ciente de suas principais contribuições ao campo da psicopatologia psicanalítica:

Tenho especial atração:

- 1) Pela ideia de um *self* verdadeiro e um falso.

- 2) Pela ideia de delinquência e psicopatia como resultantes de privação emocional real ou fantasiada.
- 3) Pela ideia de psicose como conectada à privação emocional no estágio anterior àquele em que o indivíduo possa perceber a privação. (Winnicott, 1959-1964/1983, p. 122)

Em todas essas distinções, o manejo do ódio na clínica se mostra crucial. Winnicott destaca também a ampla gama de situações clínicas que indicam a necessidade de flexibilização da técnica:

- a) Quando o temor da loucura domina o quadro.
- b) Quando um falso *self* se torna bem sucedido e a fachada de sucesso, mesmo brilhante, tem de ser demolida em alguma fase para a análise ter êxito.
- c) Quando, em um paciente, uma tendência anti-social, seja em forma de agressão, roubo ou ambas, é o legado de uma privação.
- d) Quando não há vida cultural, somente uma realidade psíquica interna e um relacionamento com a realidade externa, estando as duas relativamente desconectadas.
- e) Quando uma figura paterna ou materna doente domina o quadro. (Winnicott, 1962/1983, p. 154)

De todas essas formas clínicas, destaca Winnicott, as personalidades falso *self* são as mais suscetíveis de levar o analista ao engano: “A dificuldade aqui está no diagnóstico, na identificação da falsidade da falsa personalidade que oculta o *self* verdadeiro imaturo.” (Winnicott, 1960b/1983, p. 149) Seu caráter adaptativo pode levar o analista a trabalhar com o falso núcleo neurótico do paciente, fazendo com que uma análise dure anos, sem que nada se modifique ou, pior, pode levar ao fortalecimento do falso *self*, se a análise ocorre em nível “somente” intelectual, sem espaço para a circulação afetiva necessária à clínica.

Levando em conta as distinções estabelecidas por Winnicott entre falso e verdadeiro *self* e sua proximidade com a progressão traumática ferencziana, que examinamos no tópico anterior, podemos agora passar às considerações sobre o manejo que Winnicott apresenta em *Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico* (1954).

Nas transferências predominantemente neuróticas, como vimos, a frustração do desejo gera resistências, dentre as quais, a transferência negativa. Como bem notou Ferenczi, “uma única palavra um pouco menos amistosa, um comentário a propósito da pontualidade ou de qualquer outra obrigação do paciente basta para desencadear toda a raiva, o ódio, a oposição e a cólera recalçados.” (Ferenczi, 1909/2011, p. 91) Diante de pacientes regredidos, pelo contrário, “quando a necessidade não é satisfeita a consequência não é raiva, mas uma reprodução da situação de fracasso que interrompeu os processos de crescimento do eu [*self*].” (Winnicott, 1954/2000, p. 385) Para que o sujeito possa utilizar seus *próprios componentes pulsionais destrutivos no mundo*, é preciso que se promova um “descongelamento” da situação de falha

original o que depende, por sua vez, que o analista proporcione as condições clínicas necessárias para que o analisando possa *regredir à dependência*. Processo que não ocorre sem riscos para o analisando e analista, como o percurso clínico de Ferenczi evidencia.¹²⁵

São várias as condições para a regressão à dependência nesse delicado campo de manejo. Em primeiro lugar, há a necessidade de um ambiente que proporcione confiança. Ferenczi já afirmava que o paciente que adere incondicionalmente, que se adapta demais, na verdade, desconfia.¹²⁶ Se na neurose, em geral, a transferência conta com a capacidade prévia do paciente confiar, nos casos limites, pelo contrário, a confiança precisa ser conquistada, o que depende da fiabilidade da presença e da disponibilidade afetiva do analista de sustentar a situação pelo tempo que for preciso.

Em processo muito delicado, “o paciente sente o eu de um novo modo, e o eu até aqui oculto é entregue ao ego total”, o que cria condições favoráveis ao descongelamento da falha original. Somente nesse momento, de uma nova “posição de força do ego”, é possível sentir a “raiva relativa à situação da antiga falha, sentida no presente e explicitada” (Winnicott, 1954/2000). A partir de então, inicia-se um caminho em direção à independência e “necessidades e desejos instintivos tornados realizáveis com vigor e vitalidade genuínos” (Winnicott, 1954/2000, p. 384)

O problema da “atuação” do paciente, que aparecia em Freud (1914/2010a)¹²⁷ é aqui retomado, mas com *acento na implicação do analista*: “A atuação deve ser tolerada nesse tipo de trabalho, e com a atuação dentro da sessão o analista perceberá a importância de tomar parte na mesma ainda que geralmente de forma apenas simbólica” (Winnicott, 1954/2000, p. 387) Mas não se trata apenas do suporte sensível, pois é “sempre necessário colocar em palavras o que acabou de ser compreendido.” (Winnicott, 1954/2000, p. 387) Considerações próximas à proposta clínica ferencziana que, com a elasticidade da técnica, chamou a atenção para uma dimensão de *cuidado* necessária à clínica psicanalítica e também enfatizou a necessidade de criar um sentido para o sofrimento traumático antes desmentido.

O caso Margaret Little, que examinaremos a seguir, traz de maneira exemplar os riscos e as potencialidades envolvidas na ousada proposta de permitir regressão à dependência no tratamento analítico e o trabalho de construção conjunta implicado nesse tipo de trabalho. Logo depois, apresentaremos o caso B., onde Winnicott aborda outras dimensões do manejo da agressividade não contempladas na análise de Little.

¹²⁵ Cf. 3.2.7 Suportar o ódio, suportar o próprio ódio: os limites na clínica ferencziana.

¹²⁶ Cf. 3.2.1 Primeiros traçados em Ferenczi: submissão e desconfiança na transferência.

¹²⁷ Cf. 2.2.1 Elaboração e esboços de construção em análise.

Após o relato dos dois casos, buscaremos uma sistematização das duas principais contribuições de Winnicott ao manejo da agressividade na clínica: o uso das falhas do analista, e a destruição/sobrevivência do analista na clínica.

3.3.7 Caso Margaret Little: Construções em análise e suporte para o ódio

Margaret Little, psicanalista da Sociedade Britânica de Psicanálise, foi atendida por Winnicott entre 1949 e 1957 e a publicação do relato de sua análise (Little, 1992)¹²⁸ nos permite destacar importantes elementos do manejo winnicottiano da transferência. O fato de Margaret Little trabalhar com psicanálise – estava em formação desde sua análise anterior com Ella Sharpe – não é sem relevância. Seu relato tem um rigor e uma organização didática tal que revelam seu profundo conhecimento sobre a produção teórica de Winnicott o que, como não poderia deixar de ser, se reflete em sua própria produção teórica. A relação com Winnicott, como ela mesmo nomeia, é de mestria e gratidão profunda. Esses aspectos precisam ser considerados na leitura da construção de sua forma de apresentação do caso, pois talvez exatamente por isso seja possível destacar, ao longo do relato, momentos tão exemplares da concepção winnicottiana da transferência.

A paciente se considera uma psicótica borderline; em seu registro, ansiedades psicóticas são dominantes: “meu medo – pavor que só as crianças podem sentir – era de uma total destruição, de ser fisicamente mutilada, ficar irremediavelmente louca, ser morta, abandonada e esquecida por todo mundo como alguém que nunca existira.” Naffah Neto (2008, p. 108) corrobora o diagnóstico. Para o autor, Little é uma “típica paciente *borderline*”, o que já se anuncia na primeira sessão quando relata a “sensação de não existir e não ser si-mesma” como queixa principal.¹²⁹ Com um *false-self* bastante bem adaptado, Little conseguia exercer atividades laborais e sociais com sucesso, apesar da ansiedade sempre presente. Além disso, havia passado por duas análises sem que esse quadro tivesse sido modificado. Apesar do material produzido, havia uma sensação de fracasso.

Junqueira e Coelho Jr. (2008, p. 153) sintetizam os principais aspectos do *holding* oferecido por Winnicott para esse caso. Além do *holding* literal, que precisava ser oferecido em momentos mais difíceis, Winnicott

¹²⁸ O título original é “*Psychotic anxieties and containment: A personal record of an analysis with Winnicott*”. A tradução de *containment* por “prevenção” distorce o sentido original do texto. “Contenção”, além de literal, seria tradução mais fiel à proposta da autora.

¹²⁹ Naffah Neto (2008) também discute aspectos esquizoides da paciente, que se evidenciam nos estados de retraimento nas primeiras sessões. Discuti-los no entanto, fugiria dos objetivos do presente trabalho.

...utilizava o *holding* num sentido *metafórico*, o que significava um controle da situação, um contato em todos os níveis com qualquer coisa que estivesse acontecendo com o paciente, fornecendo um ambiente onde era seguro estar, onde Margaret podia se apresentar no seu próprio ritmo e ser ela mesma, onde não tinha que se controlar, como pedia insistentemente sua mãe quando era ela muito pequena. E onde suas percepções não eram loucas, mas tinham laço com a realidade.

A segurança e confiança oferecidas através do *holding* possibilita que os movimentos destrutivos ganhem espaço no tratamento. Destacaremos três momentos da análise dessa paciente que, ao que parece, demandou enorme disponibilidade afetiva de Winnicott. Trabalho exaustivo que, como destaca Margareth Little (1992), permitia a Winnicott se dedicar apenas a um tratamento como esse de cada vez.¹³⁰ A paciente foi atendida em sessões de 1 hora e 30 minutos, quase todos os dias da semana por longos períodos nessa primeira fase da análise.

Logo no início do tratamento, a primeira situação de agressão em ato se destaca:

Em uma das primeiras sessões com o D. W., me senti totalmente desesperançada de fazê-lo um dia entender qualquer coisa. Eu caminhei ao redor da sua sala, tentando encontrar um caminho. Pensei em me atirar pela janela, mas achei que ele me impediria. Depois pensei em jogar fora todos os seus livros, mas finalmente investi contra um grande vaso cheio de lilases brancos, quebrando-o e pisando nele. D. W. precipitou-se para fora da sala, mas voltou um momento antes do final do horário. Ao me encontrar limpando a sujeira ele disse: “Eu poderia ter esperado que você fizesse isso (limpar, ou sujar?), mas mais tarde”. No dia seguinte, uma réplica exata havia substituído o vaso e os lilases. Alguns dias depois, ele explicou que eu havia destruído uma coisa que ele gostava. (Little, 1992, p. 45)

Margaret Little, ao quebrar e pisotear o vaso, como aponta Naffah Neto (2008), parecia estar testando a confiança de Winnicott. Desconfiança e desesperança prévias que eram favorecidas por duas longas análises fracassadas.

A metáfora do João Bobo¹³¹, a que Ferenczi se refere em *Elasticidade da técnica Psicanalítica* (1928/2011), parece aqui ilustrar muito bem o que se passou nessa sessão. Winnicott não retalia, mas sabe de seus limites. A intervenção feita por Winnicott, aqui, não inclui interpretação alguma, mas nomear explicitamente o que ele próprio sentiu, suportar o exercício de desprazer e, após sair de cena quando chegou ao seu limite, poder retornar situação a seu estado anterior (ao que tudo indica, sem cobrar o vaso da paciente).¹³² Quando se procede assim, afirma Ferenczi, “colheremos mais cedo ou mais tarde a recompensa bem merecida de

¹³⁰ Isso nos faz pensar na sobrecarga a que se submetia Ferenczi, especialista em casos difíceis.

¹³¹ Cf. 3.2.7 Suportar o ódio, suportar o próprio ódio: os limites na clínica ferencziana.

¹³² Miller (1998, pp. 84-85) cita uma situação semelhante, mas com desfecho inusitado: “Há casos de atos violentos por parte dos pacientes. Dois pacientes quebraram objetos em meu consultório : uma delas fez um grande gesto e derrubou uma estátua. Como eu sou prudente, tratava-se na verdade de uma cópia e eu lhe disse para me comprar uma.

nossa paciência, sob a forma de uma nascente transferência positiva.” (Ferenczi, 1928/2011, p. 35)

Não é possível supor a influência desse episódio para que o vínculo se estabelecesse (na verdade parece que Margaret nunca conseguiu compreender bem o que se passou), mas o fato é que um ambiente clínico de confiança, favorável à regressão à dependência pôde ser estabelecido. Muito trabalho foi realizado até que o segundo episódio envolvendo a agressividade surgisse, mas com algum contorno.¹³³ Antes disso, a transferência se estabeleceu de modo que Winnicott considerasse pertinente fazer duas intervenções importantes para a paciente, que veremos a seguir.

Uma construção conjunta sobre o ódio começa a ser realizada: “Eu realmente odeio sua mãe”, diz Winnicott, a partir do relato das restrições e exigência de controle feitas a Margareth Little quando ainda era pequena. Mais do que qualquer atuação contratransferencial de conteúdos referentes somente ao analista¹³⁴, o que parece estar em jogo aqui é o reconhecimento de que as ações da mãe são passíveis de despertar o ódio. Dethiville (2013, p. 121), a esse respeito, propõe uma leitura interessante. Quando Winnicott diz, “eu realmente odeio sua mãe”, é como se dissesse “Eu, seu analista, eu tomo para mim esse ódio que pesa sobre você desde sempre, para que você se desprenda dele. Da raiva, eu me encarrego.”

No mesmo sentido, Margaret Little relata uma intervenção feita por Winnicott que para ela foi marcante: “Sua mãe é imprevisível, caótica, e estabelece o caos ao seu redor.” A instabilidade da mãe-ambiente é aqui nomeada. Margareth Little recebe essa fala como uma “revelação”, uma vez que lhe permite compreender coisas que já sabia. Ou, em outras palavras, são dados nomes para vivências que não puderam ser efetivamente experienciadas na situação original. Ainda que Margaret chame de “interpretação”, parece que essas falas de Winnicott, revelam a sutil diferença entre interpretação e o trabalho de construção em análise¹³⁵. A vivência traumática vai, paulatinamente, sendo nomeada com todos os autores envolvidos, de modo a tornar possível, para parafrasear Ferenczi (1932a/1990, p. 64), “estabelecer um círculo de interesses em torno do centro do sofrimento.”¹³⁶

¹³³ De fato, para que as situações clínicas que apresentaremos a seguir se tornassem mais inteligíveis, seria necessária a leitura do caso completo. Mas optamos por não reproduzi-las aqui, porque tiraria o foco do que queremos acentuar: o manejo da agressividade na clínica e sua relação com a construção.

¹³⁴ Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre necessidade e desejo e cf. 3.3.5 O ódio na contratransferência e anterioridade do ódio materno.

¹³⁵ Tomamos aqui construção no sentido proposto por Junqueira e Coelho Junior (2008). Ainda que se aproxime da noção freudiana de construção (Freud, 1937), não é equivalente, posto que pressupõe um trabalho efetivamente conjunto entre analista e analisando.

¹³⁶ Cf. O masoquismo em Ferenczi: o problema da afirmação do desprazer.

Mas o reconhecimento e a criação de um sentido para a realidade do trauma, tão enfatizado por Ferenczi, é apenas ponto de partida desse trabalho. Falta ainda construir uma ligação entre esses momentos precoces relatados na análise e o sofrimento que leva a paciente a pedir ajuda. Essa ligação, no entanto, só é possível posteriormente na análise.

Antes disso, no entanto, a paciente explode com a mãe pela primeira vez e fala tudo o que lhe vem à cabeça, o que lhe proporciona alívio. No entanto, tempos depois, ao receber uma ligação telefônica na qual a mãe lhe faz pedidos estapafúrdios, segue-se um acidente. Margaret Little cai e precisa ficar com o tornozelo imobilizado. A partir daí se inicia uma fase de depressão profunda. No relato do caso, a paciente diz que, tempos depois, relacionou essa queda à ligação de sua a mãe e a sua ligação com a mãe: tinha necessidade de “quebrar algo para sair da repetição”. (Little, 1992) No entanto, trata-se de uma elaboração posterior à análise com Winnicott. Na ocasião de sua piora, um período muito difícil para a paciente, Winnicott lhe oferece inúmeras interpretações transferenciais, das quais ela discorda, mas se sente sem forças para protestar. Diante da gravidade do quadro, Winnicott sugere internamento.

Com a condição de não receber eletrochoque e poder sair quando quisesse, a paciente consente. Ao longo desse período a paciente tem momentos de sofrimento e explosões de agressão mas, ao mesmo tempo, começa a se sentir segura.

Um segundo episódio relatado pela paciente demonstra que a paciente começa (ou resgata?) a possibilidade de rir de sua agressividade:

Apesar de não gostar de muitas coisas no hospital, em geral ele era agradável e acolhedor, às vezes até mesmo divertido. Um dia pintei um mar e acrescentei subitamente a enorme cabeça de um monstro surgindo, com os olhos flamejantes e mandíbulas ameaçadoras. A tela foi pendurada, e o terapeuta ocupacional ficou em pé olhando-a, de costas para mim. Eu disse: “Uma bela obra de arte esquizofrênica, hein?” Ele precipitou-se para fora do quarto e atravessou o corredor. A Irmã entrou reprimindo o riso e me perguntou: “O que você *fez* com o pobre Sr. Y? Parecia que o diabo estava atrás dele!”. E nós rimos juntas, não dele, mas da minha pintura. A espontaneidade foi restabelecida, até mesmo bem-vinda. (Little, 1992, p. 62)

No entanto, é outro o episódio que para Little é paradigmático. Em certa ocasião, durante a internação, profissionais invadem seu quarto, apesar de terem acordado previamente que a deixariam sozinha. Ela tem uma explosão de cólera mas, diferente do início do tratamento, não se sente, ela própria, destruída pela própria agressividade. Há um ambiente que a protege:

Mais uma vez algo havia sido quebrado (pratos, luminária, etc.) mas não *eu*. Agora eu estava no que havia se tornado o meu verdadeiro “quarto de criança”, em que era *seguro* não me controlar. Os limites eram amplos e flexíveis. Aquilo era fisicamente uma extensão do consultório de D.W., onde, anteriormente, havia quebrado o seu vaso. Agora podia tornar clara para *mim mesma* a minha escolha

entre a vida e a morte (“Ser...ou...não ser” – Hamlet, III), quebrei o vaso, mas dessa vez o contato não foi interrompido como naquela época, quando ele me deixou sozinho com a destruição que eu havia causado. (Little, 1992, p. 62)

Parece que Margaret se ressentia de ter sido abandonada na primeira ocasião de sua primeira explosão de agressividade e pode agora expressar sua mágoa. Nesse momento do tratamento, poder ter confiança para poder ser agressiva permite que seu eu não se quebre junto com os pratos, luminárias, etc. A destrutividade não se converte em aniquilamento a partir do *holding* literal oferecido pelo contexto do hospital e também pelo *holding* metafórico oferecido por Winnicott, que não a abandona durante o período de internamento. Podemos supor também que o trabalho de construção em curso opera como algo que permite que o desprazer e o ódio sejam suportados sem gerar a aniquilação.

A partir daí está aberto um caminho para que a ligação entre a situação original de falha ambiental e seu sofrimento atual possa ser realizada. Segundo Little, Winnicott diz à paciente que o *medo de aniquilamento* que ela sente hoje é a repetição de um *aniquilamento real* que vivera na primeira infância, com uma mãe caótica e controladora. Trata-se, como narra a paciente, de uma construção que a paciente resiste em assimilar mas que tem até hoje efeito apaziguador. Escreve Margaret: “Custei um pouco a assimilar suas palavras e a tirar proveito delas. Mesmo agora, tendo a esquecê-las em momento de tensão, mas logo que relembro aquela interpretação a ansiedade é aliviada.” (Little, 1992)

Após o retorno às atividades fora do hospital, antes do fim da análise, há um período mais agradável e estimulante na análise, com conversa fiada, piadas, histórias. A análise parece ocorrer em um espaço transicional¹³⁷ e o trabalho analítico termina sem grandes dificuldades para Margaret. Aqui talvez coubesse uma discussão sobre transferência negativa e fim de análise, talvez uma idealização de Winnicott como analista e mestre. Mas ficamos, por ora, com lúcidas constatações de Little de que nenhuma análise é completa e de que há limite para a realização do desejo infantil:

Para mim, é claro que continua a haver ambivalência e ansiedade, porque nenhuma análise põe fim a elas, ou é completa. De minha parte, ainda sinto a minha raiva inevitável (e importante); a perfeição teria sido inútil. (Ele não podia me dar tudo que eu, como *criança* queria).

Depois do fim do primeiro período da análise, há ainda um retorno que dura dezoito meses, motivados por um relacionamento sexual mal sucedido e que remetia a uma “situação edipiana”. Margareth Little não relata esse último período de análise, muito provavelmente

¹³⁷ Cf. 3.3.6 O manejo diante de um falso self: reencontrar a agressividade na clínica.

porque o que lhe interessa é enfatizar o manejo de suas ansiedades psicóticas. Afinal, era o relato dessa dimensão da experiência que interessava a comunidade psicanalítica naquele momento, como destaca James Grotstein (1992, p.7), em parágrafo que abre a introdução do livro:

Nós estamos em débito para com a Dra. Little por ela ter partilhado conosco a história das suas análises pessoais. Ela é muito importante para psicanalistas e psicoterapeutas devido sua experiência direta com profundidades emocionais que muitos de nós nunca tivemos de transpor, ou então nunca tivemos orientação suficiente para podermos ser conduzidos através desse Purgatório interior que imaginávamos apenas vagamente existir dentro de nós.

Esse contexto institucional e espécie de entusiasmo com a clínica winnicottiana também deve ser levado em consideração ao tomar o relato que ela faz de sua análise com Winnicott, mas também, e principalmente, de sua análise com Ella Sharpe, sobre a qual teceremos algumas considerações a seguir.

3.3.7.1 Ella Sharpe e Margaret Little: uma análise freudiana nada freudiana

Do relato sobre essa fracassada análise “freudiana” de Margareth Little com Ella Sharpe, talvez a passagem a seguir seja a mais significativa:

O quadro global da minha análise com a Srta. Sharpe é o de luta constante entre nós, ela insistindo em achar que o que eu dizia era devido a um conflito intrapsíquico relacionado com a sexualidade infantil, e eu tentando dizer-lhe que meus problemas reais eram questão de existência e identidade: eu não sabia “quem era”, a sexualidade (mesmo conhecida) era totalmente irrelevante e sem sentido, a menos que a existência e a sobrevivência pudessem ter sido como certas e a identidade pessoal ser estabelecida. (Little, 1992, p. 35)

A psicanalista reconhece que, em sua análise com Ella Sharpe, houve uma passagem do ódio à submissão em função da configuração clínica do campo transferencial, em leitura bastante coerente com a teoria do falso *self* de Winnicott¹³⁸: “Eu *fui* hostil e rebelde, mas o ambiente não era seguro; me tornei submissa e dependente dela, como havia sido da minha mãe desde a infância”. (Little, 1992, p. 36) Vimos em Freud, especialmente na análise do Homem dos Ratos (1909) e em seus artigos sobre a técnica, o trabalho de *luta* para a superação das resistências na transferência.¹³⁹ Para Margaret, qualquer luta parece ser insuportável, invasiva e excessivamente agressiva.

¹³⁸ Cf. 3.3.4 O falso *self* como submissão e adaptação ao ambiente.

¹³⁹ Cf. 2.1 Resistência e interpretação no manejo das transferências.

Margaret Little, ao fazer o relato dessa primeira análise, além seu testemunho afetivo, parece também revelar algo sobre “*l’air du temps*” da psicanálise britânica: apesar das resistências, a abertura para dimensão sensível e precoce da clínica psicanalítica estava definitivamente estabelecida.¹⁴⁰

Mas, antes de seguir, consideramos importante destacar a grande distância entre o manejo relatado por Little e os relatos de casos clínicos que abordamos no capítulo sobre Freud. Se o campo clínico em Freud é um campo de luta, seu desfecho não pode ser a imposição de interpretações do analista para o paciente. Pelo contrário, a luta é para a elaboração das resistências, que ocorrem através da transferência. Interpretações que não levam esses aspectos em conta são consideradas por Freud “interpretações selvagens” (Freud, 1910/1996), porque realizadas sem tato. Uma investigação clínica precisa levar em conta transferência e resistência para que possa ser considerada psicanálise. (Freud, 1914c/1996)

Abordamos no detalhe os meandros da elaboração da teoria da clínica freudiana no primeiro capítulo que o levam a colocar transferência e resistência no cerne do manejo clínico. Freud está atento à transferência e à interpretação no caso Dora (Freud, 1905a/1996), tanto que ele próprio reconhece seu excesso interpretativo. Mesmo no caso do Homem dos Lobos (1918/2010c), onde aventamos a hipótese de uma saída “masoquista”, ela não se deu por uma imposição de interpretação, mas via “técnica ativa”, um expediente que, em última instância, visava a atividade e a produção de material do paciente.

Nos outros dois casos freudianos que apresentamos – o caso AB e o caso de Margarethe Csonka – ainda que questões contratransferenciais pareçam ter se imposto, a saída foi o encaminhamento e não a imposição de uma interpretação.¹⁴¹ Assim, ainda que a interpretação esteja no horizonte clínico freudiano até os seus últimos escritos,¹⁴² a insistência interpretativa, a que se refere Margaret Little, *não* é, efetivamente, um recurso clínico freudiano. Isso seria desconsiderar a associação livre como a regra fundamental da psicanálise e os esforços freudianos que localizam a transferência e resistência no centro do trabalho analítico.

¹⁴⁰ Esse movimento talvez reflita, como aponta Birman (2013) novas configurações da função materna, transformada a partir da conquista de autonomia das mulheres a partir dos anos 1950. Mas pensamos que o entusiasmo com a teoria winnicottiana pode também ser resposta à excessiva instrumentalização e à rigidez técnica tanto no campo psicanalítico quanto, principalmente, nas formas de maternagem. Winnicott critica a intromissão da medicina, da psicologia e da pedagogia nas formas de maternagem. O psicanalista quer combater os efeitos nefastos da submissão materna aos ditames médicos e psicológicos, que desautorizam e culpabilizam as mães (Winnicott, 1964/1982), assim como também combate o dogmatismo no campo psicanalítico.

¹⁴¹ Cf. 2.2.3 Casos difíceis e situações limites.

¹⁴² Cf. 2.3.5 O testamento de Freud: outras vias para o manejo das transferências negativas.

Que existem diferenças significativas entre a teoria da clínica freudiana e winnicottiana, isso não é possível deixar de notar, sobretudo pelas diferenças de território clínico explorados por cada um dos autores. Mas essas diferenças se evidenciam, pela maneira pela qual se constrói a implicação do analista no campo transferencial, como veremos a seguir no caso B.

3.3.8 Caso B: Brincar de luta, oposição e resistência na transferência

Próximos do fim de nosso percurso, não poderia haver melhor relato clínico que o caso B. para ilustrar as múltiplas dimensões do manejo da transferência para Winnicott e a necessidade de um diagnóstico processual.¹⁴³

São três os principais artigos que permitem a reconstrução do percurso analítico de B. O paciente foi analisado por Winnicott em duas etapas, com intervalo de onze anos entre elas. Da primeira fase, que durou cerca de dois anos, há apenas um pequeno relato que consta na introdução de Masud Khan a *Holding e Interpretação* (1986). Sobre a segunda etapa, há interessante material à disposição: o artigo *Retraimento e Regressão* (1955), que se refere ao início da segunda análise e, por fim, a publicação dos registros feitos por Winnicott dos últimos seis meses de atendimento, em *Holding e Interpretação* (1986).

Winnicott relata que a primeira etapa do tratamento foi interrompida pelo próprio paciente. Mesmo assim, Winnicott mantém contato com a mãe, para saber notícias de B.. Esse fato não é acessório na busca do paciente para retomar a análise. Ao que tudo indica, a insistência dela e também da equipe do hospital – o paciente havia sido internado em função de um “colapso” – foi decisiva para que o paciente novamente o procurasse.

Algo parece chamar especialmente a atenção de Winnicott nesse caso, que o leva a manter contato com a família e a registrar detalhadamente parte das sessões. Quanto a isso, não parece sem relevância o fato de Winnicott ter utilizado alguns episódios da análise do paciente como argumento central do importante artigo *Retraimento e regressão* (1955). Nesse artigo, como o título anuncia, Winnicott se serve de inúmeros episódios da análise de B. para demonstrar o delicado processo que permite a passagem do retraimento – uma retirada do relacionamento consciente com a realidade externa – à regressão à dependência.

¹⁴³ Cf. 3.3.1 Formas clínicas da transferência: entre necessidade e desejo.

Khan (2010) apresenta uma síntese dos elementos em jogo nessa primeira fase do tratamento. Diante da necessidade de regressão à dependência, Winnicott não interpreta o retraimento do paciente como *resistência*, em sentido clássico, mas sustenta o paradoxo:

...ao compreender que o retraimento da atividade mental do paciente não tinha uma intenção hostil em relação a ele, o analista, Winnicott sentiu-se desafiado pelo *paradoxo* da total aceitação da situação e do espaço por parte do analista lado a lado com a recusa de relação inter-pessoal e de dar início a qualquer jogo partindo de um impulso espontâneo. Usa propositalmente a palavra *paradoxo*. Considerar a situação em termos conflitantes de ambivalência seria uma complexificação excessiva e falsa. (Khan, 2010, p. 19)

A problemática *falso self* perpassa a análise de B.: “Em relação ao mundo “externo”, ele era meramente reativo. Em relação ao seu *self* verdadeiro, se é que se pode usar esse termo, ele tinha apenas uma postura protetora. Ele nunca conseguia alcançá-lo nem viver a partir dele”. (Khan, 2010, p. 18) Ao longo de toda essa análise, analista e analisando vão construindo relações entre a dissociação de B. e os impactos traumáticos de ter sido cuidado por uma “mãe perfeita” (Galvan, 2009), controladora e rígida. Uma experiência de alimentação “ideal” na infância não permitia que ele fizesse um movimento em direção ao objeto (Khan, 2010). O exercício de agressividade implicado no impulso do amor primitivo fica impedido de se constituir, aspectos que puderam ser, em alguma medida, resgatados ao longo do trabalho analítico.

Como os principais aspectos da regressão à dependência foram contemplados nos tópicos anteriores, nossa leitura do caso abordará o registro dos últimos seis meses da análise de B., posto que nos permitem vislumbrar a articulação desses aspectos da análise ao nascimento uma “neurose transferencial em sentido clássico” (Winnicott, 1986/2000, p. 29). Ainda que de forma sutil, é possível notar o início do surgimento de resistências *no* encontro analítico, no qual o interjogo entre destrutividade e oposição começam a ser nomeados por analista e paciente.

Nesse registro, é possível perceber o estilo clínico de Winnicott, caracterizado pelo modo peculiar com que usa a teoria. Falamos em “uso” porque não se trata de usá-la de modo intelectualizado, embora o registro do caso – assim como no caso de Margaret Little – soe, por vezes, espantosamente didático. Uma passagem clínica ilustra a tentativa de Winnicott de escapar à intelectualização, sedução sempre presente pela própria configuração do campo transferencial. Em uma sessão, depois de uma longa e detalhada explicação sobre posição esquizoide e depressiva, Winnicott conta para o paciente sua hipótese: B. teria chegado ao estágio de preocupação [*concern*]¹⁴⁴ e em seguida o perdido. Ao se dar conta do excesso

¹⁴⁴ A perda do concernimento no caso B. é analisado em artigo de Engelberg de Moraes (2010).

explicativo, diz: “Nesses últimos minutos, estivemos conversando intelectualmente sobre sua análise, e isso é bem diferente de fazer análise.” Ao que o paciente responde: “Mas eu realmente acho positiva a abordagem intelectual”. (Winnicott, 1986/2000, p. 45) Havia um desafio pela frente.

Na segunda etapa do tratamento, B. se queixa da ausência de espontaneidade nos relacionamentos e da incapacidade de ser impulsivo: não conseguia falar livremente, não conseguia manter conversas informais, não tinha imaginação ou capacidade para jogos, e não conseguia fazer um gesto espontâneo nem ficar excitado. (Winnicott, 1986/2010) A proximidade da queixa de B. e o tipo de paciente descrito por Ferenczi em *Fantasias Provocadas* (1926) é notável¹⁴⁵ e com um importante diferencial: o paciente elabora um pedido de ajuda para tratar delas: “ele mesmo vinha para o tratamento e pela primeira vez sentia *esperança*.” (Winnicott, 1986/2000, p. 28)

B. sente-se incapaz de entrar em ou sustentar qualquer *competição*. O colapso que o leva à hospitalização e ao retorno na análise é deflagrado quando o paciente se vê diante da necessidade de assumir novas responsabilidades em sua função de médico. Algo acontece que o impossibilita de enfrentar essa dificuldade.

Winnicott compreende que, para B., toda satisfação era vivida como *aniquilação do objeto* (Winnicott, 1986/2010, p. 43). Além do aniquilamento do eu, base da experiência de colapso, há o terror adicional de que o objeto possa ser aniquilado com a experiência de satisfação. O exercício de destruição-sobrevivência do objeto, que cria a qualidade de externalidade (Winnicott, 1971/1975), estava, então, impossibilitado.

Paulatinamente, Winnicott nota o nascimento de estados excitados na sessão e os nomeia em termos de sadismo (Winnicott, 1986/2010 p. 42), o que nos remete à fusão da agressividade necessária ao desenvolvimento emocional, que abordamos anteriormente.¹⁴⁶

Nos últimos três meses da análise, questões transferenciais começam a ser trabalhadas. A partir desse momento, as sessões parecem começar a ter um caráter mais onírico, as associações não seguem a lógica estrita da articulação teórica winnicottiana, falar *sobre* a análise convive com uma *elaboração da transferência*. A seguinte passagem ilustra essa transição:

Paciente: “Estou tentando me libertar da abordagem intelectual do meu pai. O ideal seria poder brincar. Isso ainda é irrealizável para mim. A minha tensão faz parte do esforço para abandonar a discussão intelectual sobre a brincadeira. Quanto mais eu tento, menos capaz de brincar eu me torno. Sei que sou entediante porque falo em vez de brincar. Não sou capaz de efetivar o uso de substitutos

¹⁴⁵ Cf. 3.2.2 A técnica ativa: transferência negativa e narcisismo do analista.

¹⁴⁶ Cf. 3.3.3 Raízes da agressividade: do amor impiedoso à destrutividade.

do real. Então, tive a ideia de que *falar sobre bater em você é como bater em você*. Só não sei porque estou batendo em você.”

Analista: “Esse é um exemplo do tipo de reação repentina que você teme.”

Paciente: “É como se você fosse o obstáculo. Você não está eliminando a barreira. Bater em você seria forçá-lo a fazer alguma coisa.” (Winnicott, 1986/2010, p. 166) [itálicos nossos]

Aqui, parece haver uma passagem do *falar sobre* a brincadeira para *o brincar* propriamente dito. Winnicott nomeia a impossibilidade do paciente de lidar com uma agressividade imprevista e o paciente responde em tentativa de forçar Winnicott a fazer alguma coisa. O analisando parece tentar provocar algo em seu analista, parece buscar oposição.¹⁴⁷

A necessária oposição à destrutividade primária e ao impulso amoroso primitivo, base para o estabelecimento do “potencial agressivo” do sujeito perpassa esse momento da análise e parece nos indicar também uma tentativa do paciente de tentar alcançar um objeto externo. Aqui, Winnicott não interpreta a agressividade do paciente, pelo contrário, reconhece e nomeia um *movimento*: “Na brincadeira comigo, que você descreve, nós estávamos nos batendo sem nenhum objetivo.” (Winnicott, 1986/2000, p. 167)

A partir daí, o pai começa a aparecer na sessão. Se o paciente tentasse brincar de luta com o pai, diz o paciente, ele não teria tido sucesso, pois o pai teria se fechado. (Winnicott, 1986/2010, p. 167) O analista é convocado a criar uma resistência:

Sinto que é isso que eu estou fazendo com você: pressionando, pressionando. Acho, porém, que você se mostraria terrivelmente pacífico, mole, sem firmeza. Se eu batesse em você, meu braço não voltaria. Mas eu respeitava a força do meu pai. Com você, bater seria despropositado (Winnicott, 1986/2010, p. 167).

“*Parece que você nunca conseguiu encontrar alguém com quem medir forças*”, diz Winnicott. Para que a força pudesse ser medida, seria preciso encontrar um ambiente capaz de exercer a resistência necessária para que a agressividade nascente não se perdesse no nada, vazia de sentido. O analista não poderia ser pacífico, mole. Como se B. estivesse pedindo a Winnicott: resista! A resistência *no* encontro afetivo entre analista e analisando parece aqui ser evocada.

Poucos dias depois, o analisando cogita tirar férias da análise, mas receia. Winnicott diz que, talvez, ele precise de um tempo sozinho para decidir sobre a continuidade ou não da análise, tema que havia aparecido em sessões anteriores. Talvez, diz Winnicott ao paciente, você esteja

¹⁴⁷ Cf. 3.3.3 Raízes da agressividade: do amor impiedoso à destrutividade.

“evitando entrar em contato com sua própria fúria”. (Winnicott, 1986/2000, p. 188) Os primeiros sinais de *resistência*, em sentido clássico, começam a aparecer. No dia seguinte, a sessão chega ao seguinte ponto:

Analista: “...Eu gostaria de lembrá-lo, como fiz anteriormente, que durante a primeira análise você apresentava um sintoma muito importante, a incapacidade de se deitar. Essa fase analítica chegou ao fim quando você foi capaz de se deitar e de tolerar a angústia associada à posição que, naquele tempo, relacionava-se ao fato de você ter sido satisfeito enquanto criança por uma mãe perfeita. A satisfação aniquilava o objeto. Em outras palavras, até a análise você não sabia que, se esperasse, o desejo voltaria e, com ele, o objeto de seus desejos.” (Nas outras ocasiões em que eu mencionara o fato, o paciente recordara-se dele apenas vagamente, e a lembrança não havia produzido nenhum material novo. (Winnicott, 1986/2010, pp. 187-188)

A partir dessa reconstrução feita por Winnicott sobre o percurso analítico de B., as associações do paciente já não seguem pelo mesmo caminho e passam a incluir mais sistematicamente o pai. Reproduzimos as associações do paciente a essa colocação, entremeadas pelas pontuações de Winnicott, que explicitam uma mudança de escopo na análise do caso. A interpretação da transferência, em sentido clássico, começa a ganhar lugar no tratamento:

Paciente: “Isso teve um significado especial, porque estava bem perto do meu medo de me deitar, que persistiu desde os doze anos até aquela data.”

Analista: “Você seria capaz de me contar alguma coisa sobre o período entre os doze e os quatorze anos?”

Paciente: “Sim, eu me lembro das gravatas berrantes, mas isso também era uma atitude de desafio. Eu não me sentia realmente à vontade com elas, mas confiava muito pouco em mim. Acho que, o tempo todo, eu tinha medo do que meu pai iria dizer.”

Analista: “Você provavelmente já ouviu o termo ‘retorno do reprimido’. A raiva e o desafio ao pai não estavam disponíveis mas surgiram dessa forma.”

Paciente: “Você lembra que quando eu vim aqui pela primeira vez, ele já tinha morrido não lembra?”

Analista: “Sim, eu sei, mas você não havia aceitado a sua morte e, na verdade, só veio a aceitá-la nessa fase da análise, há aproximadamente um ano.”

Paciente: “De fato, só estou começando a aceitar agora”.

Analista: “É impossível aceitar a morte de seu pai, a menos que você seja capaz de incluir a sua raiva por ele e a morte dele no sonho em que você o mata. E, estando doente, tinha de ser protegido, e sua proteção o manteve vivo todo este tempo. (Winnicott, 1986/2010, p. 188)

Consideramos pertinente destacar essa passagem, pois ilustra a interpretação em sentido clássico. Winnicott sente que pode começar a nomear a ambivalência, o retorno do recaiado e o luto do pai morto que, como o paciente enfatiza, só agora começa a elaborar.

No entanto, é preciso destacar, há diferença em relação à potência destrutiva que se manifesta via resistência no tratamento do Homem dos Ratos, por exemplo, e a timidez e hesitação que se nota no caso B. A análise do Homem dos Ratos, como vimos¹⁴⁸, é repleta de transferências agressivas, ódio, rivalidade, que permitem um manejo simbólico da transferência, através do que se constrói o trabalho interpretativo. No caso AB, o trabalho é muito mais sutil. O *brincar de luta*, que aparece via transferência, parece estar de algum modo relacionado à possibilidade de que a agressividade comece, paulatinamente, a ser mencionada no tratamento analítico. Antes, suas gravatas berrantes eram apenas um tímido desafio ao pai.

Três dias após uma interpretação em que menciona “o retorno do reprimido”, um novo sentido é dado por Winnicott ao retraimento do paciente, antes relacionado à impossibilidade de contar com um ambiente que ofereça sustentação ao eu (Winnicott, 1955/2000). Há um medo da onipotência: “ao se retrair”, diz Winnicott (1986/2010, p. 190), “você mantém a onipotência” e “protege todo o mundo da sua raiva”.¹⁴⁹ Como se a destruição mágica, “que destrói o mundo num piscar de olhos” (Winnicott, 1964/2005, p. 109) estivesse impedida de realizar seu papel diferenciador.

Mais uma vez, o paciente retoma a relação com a mãe e suas implicações na formação de um eu precocemente maduro:

Um fato muito importante é que a minha mãe não sabia dos meus sentimentos porque havia alguma coisa que eu não ousava contar a ela, pois envolveria a sua destruição. *Pausa*. Minha única esperança naqueles dias era crescer de repente e evitar uma porção de situações desagradáveis. Eu tentei me tornar adulto aos 5 anos. (Winnicott, 1986/2010, p. 192)

Associações que se entrecruzam com a trama edípica dessa análise. O sentimento de inautenticidade, a impossibilidade de fazer valer sua agressividade são relacionados ao “medo” de identificar-se com o pai e, assim, deixar de ter valor:

Não é só o medo de estar errado que me impede de ser categórico e decisivo... A ideia que se esconde aqui é óbvia – ser decisivo é ser o pai. Se eu for muito parecido com ele e for amado, isso acontecerá por minha semelhança com ele e não pelo meu próprio valor (Winnicott, 1986/2010, p. 198).

¹⁴⁸ Cf. 2.1.6 O manejo das transferências negativas no Homem dos Ratos.

¹⁴⁹ Cabe ainda mencionar a diferença entre as fantasias de onipotência e o medo da violência da própria raiva que destacamos em nossa análise do Homem dos Ratos. Dr. Lanzer parece, de fato, ter exercido a potência de sua raiva na relação com o pai. E, diante da ameaça, esse ódio foi reprimido. Não há indícios de que esse exercício de ódio tenha tido lugar na infância de B. As vicissitudes do ódio são bastante distintas.

O paciente parece não poder sustentar a ilusão de um eu sentido como próprio quando rivaliza com seu pai. A introjeção das figuras paterna e materna ocorre via submissão, parece supor Winnicott, razão pela qual não podem ser apropriadas pelo paciente. O gesto espontâneo não havia sido acolhido e a destrutividade não havia encontrado oposição suficiente para que exercesse sua potência. “Você teve de manter essas pessoas introjetadas porque você não tinha consciência de existir por si próprio.”, diz Winnicott (1986/2000, p. 205). A problemática do falso *self* aqui se evidencia. Há uma introjeção que exclui o si mesmo e uma cisão que impede que o potencial agressivo se constitua a partir da relação movimento/oposição.

A trama analítica vai se tornando mais complexa na medida em que entra em jogo a função materna exercida pelo pai. B preferia as decisões humanas do pai às regras rígidas da mãe. A passagem ao Édipo parecia perpassada por essa impossibilidade de construir um espaço autêntico e ilusório para exercer a rivalidade paterna. Diante de uma mãe perfeita e sufocante, a entrada de um terceiro e o início de um confronto provocaria um alívio: “o alívio de não ter de lutar só com a mãe”. (Winnicott, 1986/2010, p.224) Mas era melhor evitar o confronto. Interessante notar, o paciente fala disso e, ao mesmo tempo, o confronto começa a se esboçar na transferência. (Winnicott, 1986/2000, p. 220-221)

Menos de quinze dias antes do fim dessa análise, o paciente traz um sonho, de explícito conteúdo edípico:

Tive um sonho na noite passada. Está meio nebuloso agora. Tratava-se de algo semelhante a um episódio real com minha esposa e um certo homem. Foi quase um pesadelo. Talvez eu estivesse lutando com ele. Nas duas ou três últimas noites, eu sinto que deveria ter sido menos fraco e lutado com esse homem com mais vigor desde o início. O sonho é uma dramatização daquilo que eu desejava que houvesse acontecido. (Winnicott, 1986/2010, p. 221)

A luta passa ser conteúdo recorrente nas sessões. A ideia de mãe-perfeita, diz B., tenta excluir o pai. A rigidez materna não o capacita a fazer o deslocamento para a rivalidade edípica. (Winnicott, 1986/2010, p. 224-225)

A partir desse momento, a própria sessão entra em análise. Após algumas intervenções de Winnicott, as quais o paciente responde com sonolência e hostilidade, Winnicott recua. Mais uma vez, o paciente demanda resistência de Winnicott:

Paciente: Por um lado, eu o ofendo com o meu sono; por outro, não me agrada vê-lo pedir desculpas por ter me feito dormir. Não quero você sempre disposto a recuar e se desculpar. Isso me coloca na posição de ter de cuidar de você.

Analista: E também estraga a ideia de luta. (Winnicott, 1986/2010, p. 227)

Uma semana depois, um último sonho inicia a sessão, motivado por uma entrevista de seleção pela qual passaria em breve:

Estava só pensando. Tive um sonho na noite passada, e, no momento, só me lembro de um trecho dele. Eu estava fazendo uma prova (não sei de que tipo) no hospital. Ela estava sendo dirigida pelo Professor 'X' na minha escola médica. ... De certa forma tenho uma espécie de exame semana que vem: a entrevista sobre o cargo que já ocupo provisoriamente. (Winnicott, 1986/2010, p. 235)

A partir das associações livres do paciente, Winnicott interpreta a incapacidade do paciente de aceitar o triunfo, o que seria uma forma de aceitar a própria agressividade. Há uma resistência: “você está resistindo vigorosamente à ideia do ódio aos rivais como sendo tema central”. (Winnicott, 1986/2010, p. 239) Essa entrevista de emprego, supõe Winnicott, o colocaria diante de uma rivalidade que B. não estaria ainda em condições de experimentar: “Você é incapaz de sonhar o sonho no qual você luta e mata seus rivais” (Winnicott, 1986/2010, p. 240)

Três dias depois, o paciente telefona, diz que foi à entrevista e não conseguiu a vaga. Além disso, diz a Winnicott que deseja interromper a análise por algum tempo. Winnicott não insiste que o paciente siga o tratamento; diz a B. que gostaria que o paciente continuasse mas, se não voltar, compreende que é porque o paciente está melhor assim.

A partir desse momento, ainda na ligação telefônica, uma interessante retrospectiva da análise se inicia. O paciente lembra a perturbação que tinha lhe causado a leitura de *Totem e Tabu*, anos antes. Winnicott não hesita:

Analista: É interessante você considerar *Totem e Tabu* inaceitável. O tema do livro não é a união dos irmãos para matar o pai? A hostilidade entre os irmãos é suprimida pelo propósito de matar o pai.

Paciente (rindo): Nunca pensei que houvesse um viés emocional na minha crítica.... (Winnicott, 1986/2010, p.249)

No fim da ligação, como uma espécie de síntese do que havia sido trabalhado, Winnicott interpreta as possíveis transferências em jogo nesse fim de tratamento:

Você está evitando me utilizar, de uma forma geral, como analista, ou talvez como figura materna, e ignorando que também sou uma figura paterna na sua análise. Quando digo que quero que você volte, estou sendo uma figura materna, e isso é valioso na medida em que você é uma criança. Contudo, há uma outra forma de encarar a situação: eu enquanto pai, digo que você tem que voltar. Agora você está em posição de me desafiar. Numa terceira forma de ver a questão, análise é a mãe que você quer e eu sou o pai. Ou eu mato você ou você me mata, porque nós somos rivais. Nós discutimos frequentemente esses assuntos, mas a decisão de voltar ou não em setembro coloca-o diante de uma situação prática e de um problema antes emocional que intelectual. (Winnicott, 1986/2010, p. 250)

O paciente decide não retomar o tratamento e escreve uma carta a Winnicott, nove meses depois, dando notícias. Afirmar que sua situação está satisfatória, expressa sua gratidão e diz que, se for precisar novamente de análise, poderá retomar com ele ou com outro analista.

E assim se encerra essa história clínica, que termina com atmosfera onírica e com indícios, mas apenas indícios, de uma luta, da construção da possibilidade de resistir *no* tratamento analítico.

O que o caso B. parece demonstrar é a necessidade de um analista disposto a se movimentar, a *brincar de luta*, a oferecer a resistência necessária para que a potência diferenciadora da agressividade possa se construir. Brincando com a conhecida passagem de Winnicott, talvez seja possível afirmar que, quando o lutar não é possível, o trabalho do analista deve promover as condições para que o analisando passe de um estado em que não é capaz de lutar, para outro no qual o lutar é possível.

Mas a contribuição de Winnicott no que diz respeito ao manejo da agressividade ainda não termina aqui. Há ainda dois aspectos centrais a serem destacados: o uso das falhas do analista e a destruição/sobrevivência do analista que examinaremos a seguir.

3.3.9 Do uso das falhas à destruição/sobrevivência do analista

Em *Ódio na Contratransferência* (1947), além de enfatizar a pesada carga emocional implicada na clínica com pacientes psicóticos e *borderlines*¹⁵⁰, Winnicott afirma que “em certos casos de certas análises o ódio do analista é na verdade buscado pelo paciente, e nesses momentos é necessário expressar um ódio que seja objetivo, e ele deve ser capaz de encontrá-lo.” (Winnicott, 1947/2000, p. 279)

A interpretação do ódio do analista, diz Winnicott, deve ser feita com muito cuidado, com *timing* muito preciso. Nesse contexto, como é notável no caso Margareth Little, a interpretação tem sentido distinto do conceito de interpretação como revelação de conteúdos inconscientes, pois se refere ao trabalho de nomeação e descrição dos afetos que circulam na experiência analítica, com efeito de criação de sentido para o que está sendo experimentado – para paciente e analista. Em sentido freudiano, está muito mais próximo do conceito de construção (Freud,

¹⁵⁰ Cf. 3.3.5 O ódio na contratransferência e anterioridade do ódio materno.

1937b/1996) do que de interpretação, tal como se encontra na primeira tópica.¹⁵¹ Nesse sentido, ao longo de sua elaboração teórica, a ideia de interpretação do ódio vai dando lugar à proposta de “uso das falhas do analista” no contexto da regressão à dependência¹⁵².

A possibilidade de uso clínico das falhas do analista coincide com o momento em que a raiva começa a poder ser vivenciada na regressão à dependência. Antes disso, extenso trabalho clínico já foi realizado: “O progresso [clínico] ocorreu graças à cuidadosa tentativa do analista de adaptar-se, mas é a *falha* que será apontada como importante nesse momento, pelo fato de reproduzir a falha ou trauma original” (Winnicott, 1954/2000, p. 387) [itálicos do autor]

Em *Formas Clínicas da Transferência* (1955/2000), Winnicott situa o uso das falhas do analista como condição para que a raiva possa ser vivenciada na clínica:

A maneira como essa mudança se processa, da experiência da ruptura para a experiência da raiva, é algo que me interessa de um modo todo especial pois é nesse ponto do meu trabalho que me sinto surpreendido. *O paciente usa as falhas do analista...* A chave para compreendê-lo é a de que a falha do analista está sendo usada e tratada como uma falha *antiga*, que o paciente pode agora perceber e abarcar, zangando-se por isso. O analista deve ser capaz de usar suas próprias falhas em termos de sua significação psíquica para o paciente, sendo necessário que ele assuma a responsabilidade sobre cada uma delas, mesmo que isto implique em examinar sua contratransferência inconsciente. (Winnicott, 1950-55/2000, p. 397)

Como vimos, para Winnicott, o convite à regressão resulta da confiabilidade no ambiente, o que implica na criação de ambiente clínico adaptado às necessidades do paciente. (Winnicott 1954/2000) Se, diante da acusação do analisando de que houve uma falha, o analista se defende, o analisando perde a ocasião de sentir raiva a propósito de uma carência passada, no momento em que, pela primeira vez, a raiva se tornou possível.

As defesas ou falhas aqui podem incluir uma interpretação prematura, risco a que se corre quando se pensa no manejo da transferência negativa em termos de neurose. Evidentemente, não se trata de criar situações artificiais de falha do analista pois elas efetivamente acontecem, independente do analista poder ou não se dar conta delas. A discussão levantada por Ferenczi e Rank (1924/2011) sobre o *narcisismo do analista* se atualiza pois, é preciso, antes de tudo, que o analista esteja em condições de saber que falha, que erra.

Interessante notar, em *Transfert négatif*, Jacques Allain Miller (1998) também destaca a importância de levar em conta as falhas do analista e, inclusive, a necessidade de assumir uma parcela de responsabilidade sobre elas:

¹⁵¹ Cf. 2.1 Resistência e interpretação no manejo das transferências.

¹⁵² Cf. 3.3.6 O manejo diante de um falso self: reencontrar a agressividade na clínica.

Eu penso que quando se desencadeia a transferência negativa, não é possível deixar de se perguntar se um erro foi cometido. Isso não quer dizer que sejamos mestres de tudo o que acontece em análise...não há necessidade de se inflar a ponto de se crer responsável por tudo o que acontece no dispositivo. Fora disso, eu acredito que é preciso se perguntar se um erro foi cometido e qual a responsabilidade que compete ao analista nesse caso. (Miller, 1998, p. 99-100)

Mas Winnicott não encerra a discussão nesse ponto. Assumir a responsabilidade pelas falhas e, além disso, buscar a significação psíquica que elas podem ter para o paciente, pode ser operativa para que a sensação de estar louco, ou o medo da loucura, típico da clínica de pacientes *borderlines*, possa começar a ser transformado. Para tanto, de maneira que nos parece ousada mas de extrema pertinência, problematiza o uso das falhas do analista em relação ao que ele chama de “transferência delirante”, discutida no texto *O Desenvolvimento do tema do inconsciente da mãe, tal como descoberto na prática psicanalítica* (1969).

A ideia de transferência delirante – emprestada mais uma vez de Margaret Little – ilustra de forma esclarecedora “o uso das falhas do analista” implicado na elaboração. Ao encontrar o ódio ou as falhas do analista, o paciente pode começar a encontrar uma maneira de sentir-se perseguido sem sentir-se louco. É preciso muita confiança para poder ser agressivo, mas, mais do que isso, Winnicott destaca que é preciso confiar que o analista não defendido possa suportar ser acusado de hostilidade. Quando a hostilidade do analista vem à tona no trabalho clínico, “o paciente pode desta maneira *elaborar* um senso tremendo de perseguição e, assim, comunicar-se com o analista sem ser louco demais.” (Winnicott, 1969a/1994, p. 194) [itálicos nossos] Assim, abre-se caminho para que o ódio materno possa encontrar espaço para ser elaborado *na* transferência:

Pode-se imaginar que muitos pacientes façam o melhor que podem para provocar o analista a odiá-los, de maneira que possam chegar a esse estado, com o delírio cuidadosamente envolto pela observação correta, e o paciente utilizará os erros técnicos do analista e os explorará em grande escala, a fim de ser perseguido sem perder o senso de ser são. Em nosso trabalho, podem ser encontrados todos os graus possíveis disto, nos quais o paciente precisa chegar ao que é, em sua forma mais simples, o ódio da mãe. (Winnicott, 1969/1994, p. 194)

Tais articulações parecem corroborar as considerações de Freud (1912a/2010a) de que, na paranoia, há o predomínio da transferência negativa.¹⁵³ Em Winnicott, elas ganham uma problematização estreitamente vinculada à contratransferência do analista. Cabe lembrar, no entanto, que o campo clínico a partir do qual Winnicott circunscreve essas transferências delirantes é o da clínica com pacientes *borderlines*. A identificação ao agressor e a

¹⁵³ Cf. 2.2.2 O narcisismo e os limites do analisável.

contratransferência hostil, que desafiou Ferenczi, como vimos nas análises de R.N.¹⁵⁴ e S.I.¹⁵⁵, são exemplos de situações nas quais o ódio materno é questão central. Assim, não nos parece possível ampliar essas considerações sobre o manejo para pacientes cuja modalidade de transferência seja predominantemente paranoide. As condições para uma regressão à dependência nesses casos mereceria um estudo à parte.

Nesse mesmo sentido, em *Neurose e não-Neurose*, Minerbo (2009, p. 361) afirma que “há no paranoico uma exigência de comunicação. O paranoico não rompe com a realidade, não a desinveste. Ao contrário, precisa que os outros confirmem que está rodeado de inimigos contra quem é preciso lutar, é preciso que os outros confirmem que eles têm ‘seus direitos’”. Nesse tipo de transferência delirante, através da projeção – oposta à introjeção dos histéricos¹⁵⁶ – o sujeito inclui a realidade de maneira muito peculiar. O analista é convocado a ser partícipe da construção do delírio, com mecanismo análogo, no entanto inverso, à convocação que os pacientes histéricos fazem no convite para ingressar na relação transferencial. Essa articulação só se torna possível a partir da ideia de que, na clínica, é o trabalho *comum* entre analista e analisando que está em jogo, na busca de reconstrução de “fragmentos de verdade” do delírio. A aproximação entre construção e alucinação, tecidas por Freud em *Construções em análise* (1937), reaparece aqui de maneira surpreendente.¹⁵⁷

Mas, vale enfatizar, é um trabalho que não se faz sem riscos e tampouco no início do tratamento. Há um longo trabalho prévio de estabelecimento de transferência e de um ambiente clínico de confiança e que precisa estar atrelado à possibilidade de “construção” de sentidos a partir da experiência transferencial. Em todo esse processo, os riscos de “reincidência traumática”, tão enfatizados por Ferenczi, precisam ser levados em conta. A chave é que o analista precisa assumir as falhas à luz de sua significação para o paciente e, ao mesmo tempo, sobreviver, não ser destruído pelos erros.

No entanto, e esse é um ponto de importância capital, esse trabalho é, e precisa ser, apenas *um momento muito específico do manejo da transferência*. O trabalho clínico não se encerra na reconstrução do trauma. Se isso acontece, temos o risco não apenas da análise se tornar um “delírio-construção compartilhado”, mas de permanência em uma posição excessivamente prolongada de dependência do analista.

¹⁵⁴ Cf. 3.2.6 Caso Severn: a precocidade do trauma e o amor impiedoso.

¹⁵⁵ Cf. 3.2.4.1 Caso S.I.: o terrorismo do sofrimento.

¹⁵⁶ Cf. 3.2.1 Primeiros traçados em Ferenczi: submissão e desconfiança na transferência.

¹⁵⁷ Cf. 2.2.1 Elaboração e esboços de construções em análise.

A partir desse trabalho de construção em análise, inicia-se outro longo e ainda doloroso caminho (mas agora suportável) em direção à independência. A partir daí, os movimentos destrutivos já não serão compreendidos como reativos ao encontro com o princípio da realidade, ou reação inédita de um eu que está agora em condições de resistir, mas estarão na base da criação de um mundo externo, diferente de mim.

Como vimos¹⁵⁸, a originalidade de Winnicott está em conceber a destrutividade como promotora da separação entre eu e o outro. A destruição seguida da sobrevivência (e não retaliação) do analista, permite que ele seja colocado fora da área dos fenômenos subjetivos e do controle onipotente do sujeito.

Essa dinâmica de destruição/sobrevivência do analista sinaliza a necessária assimetria entre analista e analisando no campo transferencial. Permitir-se ser destruído e sobreviver permite que o analisando não precise cuidar do analista e que possa também acusar o analista de suas falhas.

O analisando faz uso das falhas do analista quando o analista, em vez de se defender, assume a responsabilidade por elas e busca compreendê-las à luz de sua significação psíquica. A destruição empreendida pelo paciente precisa ser suportada, sem retaliação mas, ao mesmo tempo, ser reconhecida, pois de nada adianta o analista se colocar em uma posição inatacável, como se não fosse afetado pela destrutividade do paciente. Pelo contrário, a sobrevivência implica no reconhecimento do movimento destrutivo do analisando. Sobreviver à destruição implica, antes, em reconhecê-la (Roussillon, 2009). E, ao mesmo tempo, é necessário que não sucumba, o que pode acontecer se o analista transformar suas falhas em *mea culpa* paralisante. Essa difícil tarefa de sobrevivência é condição para que o analista, paulatinamente, possa ser colocado fora do controle onipotente do sujeito.

Deste modo, Winnicott contempla tanto o efeito reparador da não-retaliação diante da agressividade despertada por uma falha ambiental, quanto a dimensão positiva da destrutividade promotora da separação entre eu e o outro. Pois, além desse dentro-fora – espaço intermediário que inaugura a experiência cultural (Winnicott, 1971/1975) – é preciso que se crie um dentro e um fora, que as bordas entre eu e não-eu sejam delineadas.

A questão diagnóstica, assim, ganha novamente relevância: é preciso situar *na* transferência as modalidades de sofrimento que estão em jogo (Robert, Kupermann, Pinheiro, 2012). Pois, se levarmos em conta a discussão freudiana e ferencziana sobre os problemas da hipnose e sugestão na análise e da escravidão superegoica, podemos conjecturar sobre as consequências

¹⁵⁸ Cf. 3.3.2 Raízes da agressividade: do amor impiedoso à destrutividade.

do analista prosseguir em posição de maternagem quando o brincar e, mais que isso, o potencial agressivo e destrutivo do sujeito já pode ser exercido e promover sua função diferenciadora. Os mesmos riscos apontados por Ferenczi (1924a/2011) para análises que ocorrem em nível predominantemente intelectual parecem se configurar se o analista não permitir a desilusão progressiva e a sobrevivência à destruição a partir da qual a singularidade pode se constituir.

Assim, nos parece que a proposição de destrutividade primária é uma necessidade para teoria winnicottiana. Se ele não tivesse proposto um impulso destrutivo, seria necessário inventá-lo. Pois, ao que nos parece, é a destrutividade que aponta os limites da mutualidade na experiência analítica, que permite que, para que além de um *entre*, possam se constituir os limites entre eu e outro.

Se a destrutividade não encontrar vias de manifestação *no* trabalho analítico, restam poucas saídas que não dependência prolongada ou interrupção prematura do tratamento. Mas, para que outras alternativas sejam possíveis, é necessário que o analista se permita entrar em contato com a destrutividade inerente ao trabalho analítico. Permitir-se ser destruído e sobreviver e, ao mesmo tempo, oferecer resistência e oposição, emprestando seus afetos, e sua própria destrutividade, se necessário, não é tarefa fácil. Mas se analista e analisando topam embarcar nessa aventura, a separação ao fim da análise pode não ser um processo traumático, mas uma consequência inevitável, ainda que dolorosa, da emergência de um sujeito singular que, enfim, pode fazer valer seus desejos e usar seus impulsos destrutivos no mundo de forma diferencial, com vigor e vitalidade genuínos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de nossa cartografia sobre os manejos das transferências em Freud, Ferenczi e Winnicott, foi possível abordar a *pluralidade* de sentidos e enquadres do manejo da agressividade em análise, sobretudo quando as modalidades de sofrimento dos pacientes se referem aos limites: do paciente, do analista, da teoria. Em comum entre as teorias da clínica de Freud, Ferenczi e Winnicott, a crítica à insistência interpretativa, à interpretação selvagem, às análises que ocorrem em nível estritamente intelectual. Freud, Ferenczi e Winnicott estão atentos às formas da transferência que tornam as interpretações completamente inoperantes, quando as transferências negativas *não* aparecem *no* espaço analítico e o campo de luta na elaboração das *resistências* não se configura.

Partindo da teoria freudiana, seguimos os caminhos pelos quais cada um dos autores cria diferentes traçados, novas legendas, abordando aspectos da transferência em diferentes escalas cartográficas. Nesse percurso, aproximamos Ferenczi e Winnicott, autores que, na medida em que incluem o *analista* no mapeamento transferencial, tornam os limites do território analítico mais tênues, mais pontilhados, mais imprecisos.

Apesar das *diferenças* entre as teorias de Freud, Ferenczi e Winnicott perpassarem a construção do texto, privilegiamos indicar possíveis *pontos de contato*, que se evidenciaram, sobretudo, em situações clínicas nas quais cada um dos psicanalistas se vê confrontado com limites: sejam do analista ou da clínica, sejam do analisando ou da teoria.

Nosso estudo do masoquismo, falso *self* e identificação ao agressor pretendeu problematizar os impactos dos traumas desestruturantes que se atualizam *na* transferência e que trazem a destrutividade para o centro do debate. Fomos desenhando como o seguir em frente implicado na progressão traumática se dá às custas da possibilidade de usar os impulsos destrutivos no mundo, às custas de elaboração do traumático, às custas da sensação de se sentir real. Há uma falência da capacidade de odiar, em última instância, *da possibilidade de resistir*. O ódio não é mais sentido como próprio, é do ódio do outro que se trata. Nesse sentido, há um movimento comum em Freud, Ferenczi e Winnicott: a constatação de limites no manejo da transferência que os leva ao questionamento do sentido da destrutividade.

E se acreditamos que transferência é repetição e que da repetição podem surgir diferenças, não surpreende que os afetos do analista sejam convocados. Difícil trabalho do analista: emprestar-se como suporte para a repetição nas transferências ciente de que sua posição está

implicada nas vicissitudes dessas transferências em análise. Sobretudo quando o que se repete na transferência oscila da adaptação ao abismo, da adesividade transferencial à reação terapêutica negativa, sem que haja a possibilidade de um espaço *entre* analista e analisando. É preciso que o analista, com sua escuta e presença sensível, ofereça suporte – que também inclui oposição e limite – e que reconheça o sofrimento insuportável que se atualiza na transferência como condição de sua elaboração. E que se permita destruir e sobreviver à destruição como condição para a separação. Paradoxalmente, é pela presença do outro que a destrutividade do analisando pode começar a ser sentida como própria e, a partir daí, promover seus efeitos de desligamento, diferenciais e singularizantes.

Mas para que destruição e construção se entrecruzem na transferência, é necessário que o analista não torne excessiva a aproximação entre mapa e território analíticos. Que no interjogo entre originalidade e aceitação da tradição, possamos rabiscar os nossos mapas, colocando neles nosso traço singular. Sem isso, corremos o risco de encontrar uma teoria suficientemente boa que apazigue as incertezas, os imprevistos e a singularidade da transferência na experiência analítica.

A aposta é que, pela transferência – esse campo de atração entre os corpos e psiquismo –, a repetição pode convocar suas forças de desligamento e diferenciação sem levar o sujeito ao abismo, à identificação maciça ou ao colapso. Mas com a condição de que o analista corra o risco da angústia e do contato com a destrutividade a que é levado, nesse delicado trabalho de entre aproximação e afastamento, entre separação e união, entre destruição e criação, através do qual o trabalho analítico pode promover a emergência de um estilo singular de viver.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ab'Sáber, T. A. M (2013). Adam Phillips e os analistas favoritos. In A. Phillips, *Winnicott*. São Paulo: Ideias e Letras.
- Alvarenga, S. (2008). Reação terapêutica negativa e masoquismo. *Curinga* (27), pp. 131-141.
- Apignanesi, L. (2010). *As mulheres de Freud*. Rio de Janeiro: Record.
- Avello, J. J. (2013). *L'île de rêves de Sándor Ferenczi: Rien que la pulsion de vie*. Paris: Campagne Première.
- Berman, E. (2009). Ferenczi and Winnicott: Why We Need Their Radical Edge: Commentary on Paper by Michael Parsons. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, pp. 246-252.
- Bertrand, M., (2009). L'identification à l'agresseur chez Ferenczi : masochisme, narcissisme. *Revue française de psychanalyse*. 73(1), pp. 11-20.
- Bertrand, M., & Bourdellon, G, (2009). L'identification à l'agresseur : argument. *Revue française de psychanalyse*. 73(1), pp. 5-10.
- Birman, J. (1999). Nada do que é humano me é estranho. Por uma erótica do desamparo. In J. Birman, *Cartografias do feminino* (pp. 17-58). São Paulo: Editora 34.
- Birman, J. (2006). Genealogia da resistência. In J. Birman, *Arquivos do mal-estar e da resistência* (pp. 319-336). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2009a). Arquivo da agressividade em psicanálise. In J. Birman, *Cadernos sobre o mal: agressividade, violência e crueldade* (pp.41-58). Rio de Janeiro: Record.
- Birman, J. (2009b). *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2013). Os paradigmas em psicanálise são comparáveis? : Sobre o mal-estar, a biopolítica e os jogos de verdade. *Tempo psicanalítico*, 45(1), pp. 147-178.
- Bokanowski, T. (2005). *Des transferts négatifs à la réaction thérapeutique négative*. Conférences d'introduction 1999-2007: Introduction à la psychanalyse de l'adulte, Société Psychanalytique de Paris. Recuperado em 27 de fevereiro de 2015, de <http://www.spp.asso.fr/wp/?p=5853>.
- Bokanowski, T. (2009). Haine (s) dans le transfert. *Revue Française de Psychanalyse*. 2009/4 (73) pp. 971-985.

- Borges, J. L. (1998). *El hacedor*. Madrid: Alianza Editorial. (Trabalho original publicado em 1960)
- Borges Neto, J. *Ensaio de filosofia da linguística*. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.
- Borgogno, F. (2007). Ferenczi and Winnicott: searching for a “missing link” (of the soul). *American Journal of Psychoanalysis*, 67, pp. 221-234.
- Bourneville, D. M., & Regnard, P. (1878). *Iconographie photographique de La Salpêtrière*. Paris : Progrès Medical.
- Bourdellon, G. (2009). Violence du déni et identification à l'agresseur chez l'enfant. *Revue française de psychanalyse* 2009/1(73), pp. 21-35.
- Bournova, K., & Passone, S-M. (2009). Détruire/ Se détruire: argument. *Revue Française de Psychanalyse*. 2009/4 (73) pp. 965-70.
- Breuer, J., & Freud, S. (1996). Estudos sobre histeria. In *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. II, pp. 39-139). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Cabré, L. M., & Michaud, H., (2012). La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert. *Revue française de psychosomatique* 42(2), pp. 73-88.
- Cantis, S. (2001). El trabajo de interpretación en psicoanálisis con niños. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 34, pp. 89-101.
- Chabert C. (2006). Os homens não querem se curar – resistências na psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, (39)70, pp. 203-224.
- Chapelle, V. (Org.). (1928). *Revue Française de Psychanalyse*. Niort: Imprimerie Saint-Denis.
- Chemama, R. (1995). *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Chervet, B. (2013). Transfert d'autorité, transfert de déni et interprétation. *Revue française de psychanalyse* 3(77), pp. 708-719
- Cohen de Lara, A., & Danon-Boileau, L. (2014). *La destructivité chez l'enfant*. Paris: PUF.
- Cournut, J. (2000, avril/juin). Acceptions diverses plus ou moins pessimistes. *Revue française de psychanalyse : Le transfert négatif*, 64 (2), pp. 361 – 365.
- Couvreur, C. (2000, avril/juin). Un mouvement qui est toujours le même, négatif. *Revue Française de Psychanalyse: Le transfert négatif*, 64 (2), pp. 368-381.

- David-Menard, M. (2014). *Deleuze e a Psicanálise*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Denis, P. (Org.). (2000, avril/juin). *Revue Française de Psychanalyse: Le transfert négatif*, 64 (2).
- Deleuze, G., & Guatarri, F. (2000). Introdução: Rizoma. In G. Deleuze & F. Guatarri, *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia* (A. Guerra Neto, trad., Vol. 1, pp. 11-39). São Paulo: Ed. 34, 2ª Reimpressão. (Trabalho original publicado em 1980)
- Deleuze, G. (2006). *Diferença e Repetição*. Rio de Janeiro: Graal. (Trabalho original publicado em 1968)
- Deleuze, G. (2009). *Sacher-Masoch: o frio e o cruel*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1967)
- Deleuze, G. (2011). Bartleby, ou a fórmula. In G. Deleuze, *Crítica e clínica*. São Paulo: Ed. 34.
- Dethiville, L. (2013). *La clinique de Winnicott*. Paris: Campagne Première.
- Dias, E. O. (2000). Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. *Natureza humana*, 2(1), 9-48.
- Dias, M. M. (2012). *Os ódios: clínica e política do psicanalista*. São Paulo: Iluminuras.
- Dupont J. (1998). Les notes brèves inédites de Sándor Ferenczi. *Le Coq-Héron*, 149. pp. 69-83.
- Durski, L., & Pinheiro, N. N. B. (2014). Aniquilação e mutilação diferentes dilemas psíquicos discutidos a partir do Homem dos Lobos e do Pequeno Hans. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 48, pp. 176- 187.
- Engelberg de Moraes, A. A. R. (2010). Caso B: a experiência da perda do concernimento e a importância da análise. *Nat. hum.*, v. 12, n. 1.
- Ferenczi, S. (1990). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 1932)
- Ferenczi, S. (1990). A propósito da afirmação do desprazer. In S. Ferenczi, *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 1932a)
- Ferenczi, S. (1990). Do princípio feminino e masculino na natureza. In S. Ferenczi, *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 1932b)
- Ferenczi, S., & Freud, S. (1995). *Correspondência*. Rio de Janeiro: Imago.

- Ferenczi, S. (2011). Transferência e Introjeção. In S. Ferenczi, *Psicanálise I*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1909)
- Ferenczi, S. (2011). O conceito e Introjeção. In S. Ferenczi, *Psicanálise I*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1912)
- Ferenczi, S. (2011). Fé, incredulidade e convicção sob o ângulo da psicologia médica. In S. Ferenczi, *Psicanálise II*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1913a)
- Ferenczi, S. (2011). O desenvolvimento do sentido da realidade e seus estágios. In S. Ferenczi, *Psicanálise I*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1913b)
- Ferenczi, S. (2011). Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. In S. Ferenczi, *Psicanálise III*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1919)
- Ferenczi, S. (2011). O sonho do bebê sábio. In S. Ferenczi, *Psicanálise III*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original em 1923)
- Ferenczi, S., & Rank, O. (2011). Perspectivas da psicanálise. In S. Ferenczi, *Psicanálise III*. São Paulo, Editora Martins Fontes. (Trabalho original em 1924a)
- Ferenczi, S., & Rank, O. (2011). Fantasias Provocadas. In S. Ferenczi, *Psicanálise III*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original em 1924b)
- Ferenczi, S. (2011). Contraindicações da técnica ativa. In S. Ferenczi, *Psicanálise III*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1926a)
- Ferenczi, S. (2011). O problema da afirmação do desprazer. In S. Ferenczi, *Psicanálise III*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1926b)
- Ferenczi, S. (2011). Adaptação da família à criança. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928a)
- Ferenczi, S. (2011). O problema do fim da análise. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928b)
- Ferenczi, S. (2011). A elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928c)
- Ferenczi, S. (2011). A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1929)
- Ferenczi, S. (2011). Princípio do relaxamento e neo catarse. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1930a)

- Ferenczi, S. (2011). Notas e Fragmentos. Toda adaptação é precedida de uma tentativa inibida de desintegração. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 02 de fevereiro de 1930b)
- Ferenczi, S. (2011). Notas e Fragmentos. Reflexões sobre o prazer da passividade. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 24 de agosto de 1930c)
- Ferenczi, S. (2011). Notas e Fragmentos. Efeito traumático fundamental do ódio materno ou da falta de amor. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 31 de agosto de 1930d)
- Ferenczi, S. (2011). Notas e Fragmentos. Ideias a propósito de um modelo biológico da formação do superego. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 07 de setembro de 1930d)
- Ferenczi, S. (2011). Análise de criança com adultos. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931a)
- Ferenczi, S. (2011). Notas e Fragmentos. Observações aforísticas sobre o tema: estar morto – ser mulher. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 02 de fevereiro de 1931b)
- Ferenczi, S. (2011). Notas e Fragmentos. Sobre o orgasmo masoquista. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 04 de agosto de 1931c)
- Ferenczi, S. (2011). Notas e Fragmentos. Tentativa de Resumo. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*. São Paulo: Editora Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 21 de setembro de 1931d)
- Ferenczi, S. (2011). Confusão de línguas entre adultos e crianças. In S. Ferenczi, *Psicanálise III*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933)
- Ferenczi, S. (2012). *Réflexions sur le masochisme*. Paris : Payot e Rivages.
- Ferrari, I. (2006). Agressividade e violência. *Psicologia Clínica*, 18(2), pp. 49-62.
- Fetter, S., Knijnik, J., Caleffi, L., & Pacheco, M. R. (1999). Transferência negativa e interpretação em psicoterapia psicanalítica: algumas considerações técnicas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 2(1), pp. 45-60.
- Figueiredo, L. C. (2008). *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise*. São Paulo: Escuta.

- Foucault, M. (2006). O que é um autor? (1969) In *Ditos e Escritos – Estética: literatura e pintura; música e cinema*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1969)
- Franco, S. G., & Wondracek, K. (2007). Freud e o Caso AB: entre a esperança e a ruína. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10 (4), pp. 591-613.
- Freud, S. (1908). Letter from Sigmund Freud to C. G. Jung, June 21, 1908. In W. McGuire. (Editor). (1974). *The Freud/Jung Letters: The Correspondence Between Sigmund Freud and C. G. Jung* (pp. 157-160). Princeton: Princeton Univ. Press.
- Freud, S. (1994). *Correspondência – Sigmund Freud e Sándor Ferenczi: 1912-1914*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996). Histeria. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. I pp. 87-93) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1888)
- Freud, S. (1996). Esboço para Comunicação Preliminar. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. I) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1892)
- Freud, S. (1996). As neuropsicoses de defesa. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. I) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894)
- Freud, S. (1996). Estudos sobre histeria. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. II) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. I) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1895 e publicado em 1950)
- Freud, S. (1996). Interpretação de sonhos. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. IV) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1996). O método psicanalítico de Freud. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XII) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1904)
- Freud, S. (1996). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. VII) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905a)

- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre sexualidade. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. VII) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905b)
- Freud, S. (1996). Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. IX) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1908)
- Freud, S. (1996). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. X) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909)
- Freud, S. (1996). Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XI) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910a)
- Freud, S. (1996). Psicanálise Silvestre. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XI) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910b)
- Freud, S. (1996). Totem e Tabu. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIII) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912-13b)
- Freud, S. (1996) Artigos sobre a técnica. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XII) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado entre 1911 e 1915)
- Freud, S. (1996). História do Movimento Psicanalítico. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIV) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914c)
- Freud, S. (1996). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Fixação em traumas. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XVI) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917a)
- Freud, S. (1996). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Resistência e Repressão. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917b)
- Freud, S. (1996). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Transferência. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v, XVI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917c)

- Freud, S. (1996). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Terapia Analítica. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917d)
- Freud, S. (1996). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. A teoria da libido e o narcisismo. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917e)
- Freud, S. (1996). Uma criança é espancada. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1996). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996). O ego e o id. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1996). Um estudo autobiográfico. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S. (1996). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926a)
- Freud, S. (1996). A questão da análise leiga: Conversações com uma pessoa imparcial. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926b)
- Freud, S. (1996). Mal-estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930)
- Freud, S. (1996). A questão de uma Weltanschauung. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933a)
- Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937a)

- Freud, S. (1996). Construções em análise In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937b)
- Freud, S. (1996). Esboço de Psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1938 e publicado em 1940)
- Freud, S. (2004). Pulsão e Destinos da Pulsão In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, trad., Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (2006). Luto e Melancolia In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, trad., Vol. II). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2006). Além do princípio do prazer. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, trad., Vol. II). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (2007). O problema econômico do masoquismo. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, trad., Vol. III). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924)
- Freud, S. (2007). A negativa. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (L. A. Hanns, trad., Vol. III). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S. (2007). A cisão do Eu no processo de defesa. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, (L. A. Hanns, trad., Vol. III). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1938)
- Freud, S. (2010a). O uso da interpretação dos sonhos na psicanálise. In *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, *Artigos sobre técnica e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol.10). São Paulo: Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1911)
- Freud, S. (2010a). A dinâmica da transferência. In *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, *Artigos sobre técnica e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol.10). São Paulo: Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (2010a). Recomendações ao médico que pratica psicanálise. In *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, *Artigos sobre técnica e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol.10). São Paulo: Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1912b)
- Freud, S. (2010a). O início do tratamento. In *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, *Artigos sobre*

técnica e outros textos. (P. C. de Souza, trad., Vol.10). São Paulo: Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1913)

Freud, S. (2010a). Recordar, Repetir e Elaborar. In *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), Artigos sobre técnica e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol.10). São Paulo: Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (2010a). Observações sobre o amor de transferência. In *Obras Completas: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), Artigos sobre técnica e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol.10). São Paulo: Companhia das letras. (Texto original publicado em 1915)

Freud, S. (2010b). Introdução ao Narcisismo. In *Obras Completas: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914b)

Freud, S. (2010c). História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos", 1918[1914]). In *Obras Completas: História de uma neurose infantil. ("O homem dos lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol.14). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1918).

Freud, S. (2010c) Caminhos da terapia psicanalítica. In *Obras Completas: História de uma neurose infantil. ("O homem dos lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol.14). São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1919a)

Freud, S. (2010c). "Batem numa criança": contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais. In *Obras Completas: História de uma neurose infantil. ("O homem dos lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol.14). São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1919b)

Freud, S. (2011) *Psicologia das massas e análise do eu*. In *Obras Completas: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos*. (P. C. de Souza, trad., Vol. 15). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921)

Galván, G. (2009). O caso B: a mãe perfeita e a constituição do si-mesmo. *Winnicott e-prints*, 4(1e2), pp. 1-10.

Garcia, R. M. (2009). *A agressividade na clínica Winnicottiana*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Gardiner, M. (1981). *L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même*. Paris, Gallimard.

- Gastaud, M., & Nunes, M. L. T. (2009). Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. [versão eletrônica] *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 31 (1) pp. 13-23.
- Gay, P. (2002). *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Gerez Ambertín, M. (2005) Resistencia del superyó: la R. T. N *Tempo psicanál.*, pp. 27-38.
- Goldenberg, R. (2013). *Do amor louco e outros amores*. São Paulo: Instituto Langage.
- Gondar, J. (2001). Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 4 (2).
- Gondar, J. (2006). Winnicott, Bergson, Lacan: tempo e psicanálise. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 9 (1).
- Gondar, J. (2008). Ferenczi como pensador político *Cad. Psicanál.-CPRJ*, v. 34, n. 27, pp. 193-210.
- Green, André. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.
- Guignard F. (2001). On demande mère suffisant bonne pour nourrisson savant. In D. J. Arnoux, & T. Bokanowski. (Dirs.). (2001). *Le nourrisson savant : une figure de l'infantile*. Paris: In Press
- Guyomard, P. (2009). Winnicott: um psychanalyste dans notre temps. *Les Lettres de la Société se Psychanalyse Freudienne*. Paris: Campagne Première.
- Hanns, L.A. (1996). *Dicionário comentado do alemão do Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Jones, E. (1996). Nota do Editor Inglês de Esboço de Psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago.
- Joseph, B. (1985). Transferência: a situação total. In: Spillius, E.B. (Edit.). (1990), *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica* (pp. 76-88). Rio de Janeiro: Imago.
- Junqueira, C. & Coelho Junior, N. E. (2008). Interpretação e manejo do enquadre na clínica de pacientes-limite. *Tempo Psicanalítico*, 40. pp. 139-157.
- Katz, C. S. (Org.). (1992). *A histeria, o caso Dora: Freud, Melanie Klein, Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Khan, M. (2010). Introdução. In Winnicott, D. (2010). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes.

- Klein, M. (1991). As origens da transferência. In *Obras Completas de Melanie Klein: Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (L. P. Chaves, coord. trad., Vol. III). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kupermann, D. (2008). *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Kupermann, D. (2000). Freud, Ferenczi e os impasses da experiência analítica, *Tempo Psicanalítico*, 32. pp. 125-138.
- Kupermann, D. (2010). A via sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica. *Cadernos de Psicanálise - CPRJ*, 32 (23) pp. 31-45.
- Kupermann, D. (2012). O excesso e seus destinos na clínica freudiana. *Cadernos de Psicanálise*, v. 31, pp. 23-50.
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original apresentado em 1969-70)
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (Trabalho original apresentado em 1962-63)
- Lacan, J. (1998). A agressividade em psicanálise: Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998). Do « trieb » de Freud e do desejo do psicanalista. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lagache, D. (1990). *A transferência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laia, S. (2003). Um elemento do conjunto Z: a transferência negativa. *Curinga*, 19, pp. 26-35.
- Laplanche, J. (1970). *Vie et mort en Psychanalyse*. Paris: Flammarion.
- Laplanche, J. (1998). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lejarraga, A. L. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. *Natureza humana*, 10(2), pp. 115-147.
- Little, M. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro, Imago.

- Martins, A. (2009). *Pulsão de morte? Por uma clínica psicanalítica da potência*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Mazaleigue-Labaste, J. (2011). Le maudit problème du masochisme. In *Du masochisme*. Paris: Payot e Rivages.
- Melville, H. (2005). *Bartleby, o escrivão: uma história de Wall Street*. São Paulo: Cosac Naify.
- Mezan, R. (2002). *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Cia das Letras.
- Miller, J. A. (2005). *Le transfert négatif*. Paris: École de la Cause Freudienne. (Trabalho original publicado em 1999)
- Minerbo, M. (2009). *Neurose e não-neurose*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Monnier, J. L. (2005) *Introduction* In J. A. Miller. *Le transfert négatif*. Paris: École de la Cause Freudienne.
- Naffah Neto, A. (2008). O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), pp. 107-121.
- Naffah Neto, A. (2010). Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Natureza humana*, 12(2), pp. 1-18.
- Newman, A. (2003) *As idéias de D.W. Winicott: um guia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Natahy, O. & Douville (2008). O. O que nos ensina a jovem homossexual de Freud sobre o que é ser uma adolescente? *Tempo Psicanalítico*, 40(1), pp. 77-104.
- Neyraut, M. (2008). *Le transfert*. Paris: Presses Universitaire de France.
- Ogden, T. (2002). Lendo Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 4(36), pp. 698–718.
- Parseval, C. (2007). De Ferenczi à Winnicott : le nourrisson savant et le faux self , *Le Coq-héron* (2), pp. 122-141.
- Peck, M. W. (1929). Negative Transference in Psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 16 (2), pp. 163-180
- Pinto Junior, R. (2009). A invenção da histeria. *História, ciência e saúde*, 16(3).
- Peres, R. S. (2009). Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. [versão eletrônica] *Estud. psicol.*, 26 (3), pp. 383-389.

- Phillips, A. (2006). Winnicott. São Paulo: Ideias e Letras.
- Pinheiro, T. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- Plastino, C.A. (2007). Winnicott: a fidelidade da heterodoxia. Em B. Bezerra Jr., *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Pontalis, J. B. (1988). Ce transfert qu'on appelle négatif. In J. B. Pontalis, *Perdre de Vue*. Paris: Gallimard.
- Prado de Oliveira, L. E. (2011a). *Sándor Ferenczi. La psychanalyse autrement*. Paris, Armand Colin.
- Prado de Oliveira, L. E., & Et al. (2011b). Freud e a transferência dos psicóticos. *Psic. Clin.*, 23 (2), pp. 233 – 248.
- Prado de Oliveira, L.E. (2014a). *L'invention de la psychanalyse. Freud, Rank, Ferenczi*. Paris: Campagne Première.
- Prado de Oliveira, L.E (2014b). O narcisismo dos psicanalistas: Freud, Winnicott, Masud Khan. *Sig Revista de Psicanálise*, Ano 3, n. 1.
- Reich, W. (2004). *Análise do caráter*. São Paulo, Martins Fontes.
- Rieder, I., & Voigt, D. (2008). *Desejos de Sidonie C., a paciente homossexual de Freud*. São Paulo: Cia das Letras.
- Ríos, G., Figueroa, C., & Buguña Seguel, C. (2001). La interpretación de la transferencia negativa y el fortalecimiento del vínculo terapéutico. *Psiquiatr. salud ment.*, 18(2), pp. 29-36.
- Robert, P.F.P., & Kupermann, D. (2012). Dor e resistência na clínica psicanalítica: o manejo das transferências negativas em Freud. *Cadernos de Psicanálise (CPRJ)* v. 34, pp. 37-49.
- Robert, P. F. P., Kupermann, D., & Pinheiro, N. N. B. (2012). Paradoxos da clínica psicanalítica: o estatuto do diagnóstico no manejo da transferência. In: Alberto Trimboli et al. (Orgs.). *Diagnóstico o Estigma? Encrucijadas Ética* (pp. 143-154). Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental.
- Robert, P.F.P., & Robert, M. (2011). Pode uma análise traumatizar ? Reflexões sobre falhas e excessos do analista na clínica. *Rabisco Revista de Psicanálise*, 1(0), pp. 71-73.
- Rodman, R. (1990) Introdução. In D. Winnicott, *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes.

- Rosenberg, B. (2003). *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo: Escuta.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998) *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Roussillon, R. (2001). *Le plaisir e la répétition*. Paris: Dunod
- Roussillon, R. (2004). *L'intersubjectivité et la fonction messagère de la pulsion*. *Revue Psychiatrie Française: Intersubjectivité*, 35 (2) pp. 45-54.
- Roussillon, R. (2008a). *Le jeu et l'entre-(jeu)*. Paris: PUF.
- Roussillon, R. (2008b). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod.
- Roussillon, R. (2009). La destructivité et les formes complexe de la survivance de l'objet. *Revue Française de Psychanalyse*, 4 (73).
- Roussillon, R. (2012). Agonie, clivage et symbolisation. Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1999).
- Roussillon, R. (2013). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF. (Trabalho original publicado em 1991)
- Saunal, A-M. (2012). L'amour de la souffrance comme maladie humaine. In S. Ferenczi, *Réflexions sur le masochisme*. Paris: Payot e Rivages.
- Saussure, R. de (Org.). (1929). *Revue Française de Psychanalyse*, 4,3.
- Schneider, M. (1993). *Afeto e linguagem nos primeiros escritos de Freud*. São Paulo: Escuta.
- Silva, D. C. G. G. (2011). *O caso piggle e as depressões infantis na psicanálise winnicottiana*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Sousa, O. (2007). Defesa e criatividade em Klein, Lacan e Winnicott. In B. Bezerra Jr., & F. Ortega (Orgs.). (2007). *Winnicott e Seus Interlocutores* (pp. 315-344). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Souza, R. J. A. (2012). *Do uso da ironia na neurose obsessiva: destrutividade e criação sublimatória*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Spielrein, S. (2008) A destruição como origem do devir. In Cromberg, R. U. (2008) *Sabina Spielrein: uma pioneira da psicanálise*. São Paulo: Iluminuras. (Trabalho original publicado em 1911)

- Spillius, E. B. (2006). *Uma visão da Evolução Clínica Kleiniana: da antropologia à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Tabajares Pujante, J. (2000). El análisis de la feminidad masculina: ¿terminable o interminable? *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 33, pp. 87-107.
- Tavella, M. (2006). *Conceito de Masoquismo na Obra de Freud*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Torok, M., & Abraham, N. (1995) *A casca e o núcleo*, São Paulo, Escuta.
- Verztman, J. S. (2002). O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 5, n. 1.
- Vieira, G. (2014). *Da dependência rumo à independência: o uso do conceito de narcisismo primário na obra de D. Winnicott*. Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Viereck, G. S. (1926) An Interview with Freud, 1926. In *Glimpses of the Great*. (1930) New York: The Macaulay company. Recuperado em 27 de fevereiro de 2015, de <http://www.psychanalyse.lu/articles/FreudInterview.pdf>. *Uma entrevista rara de Freud*. Tradução de Paulo César Souza, Recuperada em 27 de fevereiro de 2015 de, http://www.freudpage.info/entrevista_freud-1.html
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. (1982). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Travessa do Editor. (Trabalho original publicado em 1964)
- Winnicott, D. (1983). Análise da criança no período de latência. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 106-113). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960a)
- Winnicott, D. (1983). Contratransferência. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 145-151). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960b).
- Winnicott, D. (1983). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1959/64)

- Winnicott, D. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1962)
- Winnicott, D. (1983). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 70-78). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963a)
- Winnicott, D. (1983). Comunicação e Não-Comunicação levando ao estudo de certo opostos. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963b)
- Winnicott, D. (1983). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1964)
- Winnicott, D. (1990a). *A natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1954)
- Winnicott, D. (1990b). *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. (1994). Psicogênese de Uma Fantasia de Espancamento. In *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (Trabalho original escrito em 1958a)
- Winnicott, D. (1994). O medo do colapso. In *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (Trabalho original escrito em 1958b)
- Winnicott, D. (1994). Desenvolvimento do tema do Inconsciente da Mãe, tal como descoberto na Prática Analítica. In *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (Trabalho original redigido em 1969a)
- Winnicott, D. (1994). A Experiência mãe-bebê de mutualidade. In *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (Trabalho original escrito em 1969b)
- Winnicott, D. (1994). A loucura da mãe aparecendo como fator alheio ao ego. In *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (Trabalho original escrito em 1969c)
- Winnicott, D. (1994). O conceito de trauma e sua relação com o desenvolvimento emocional. In *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. (Trabalho original publicado em 1965)
- Winnicott, D. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945)
- Winnicott, D. (2000). O ódio na contratransferência. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1947)

- Winnicott, D. (2000). Reparação em função da defesa organizada da mãe contra a depressão. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1948)
- Winnicott, D. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949)
- Winnicott, D. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1951)
- Winnicott, D. (2000). Psicose e cuidados maternos. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952)
- Winnicott, D. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954)
- Winnicott, D. (2000). Agressividade em relação ao Desenvolvimento Emocional. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original apresentado em 1950-55)
- Winnicott, D. (2000). Formas clínicas da transferência. In *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1956)
- Winnicott, D. (2005a). A Agressão. In *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1939)
- Winnicott, D. (2005a) Agressão, culpa e reparação. In *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. (2005a). As raízes da agressão. In *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964)
- Winnicott, D. (2005a). A ausência de um sentimento de culpa. In *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1966)
- Winnicott, D. (2005a). As raízes da agressão In *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964)
- Winnicott, D. (2005a). O desenvolvimento da capacidade de envolvimento. In *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original apresentado em 1962 e publicado em 1963)
- Winnicott, D. (2005b). A delinquência como sinal de esperança. In *Tudo começa em casa* (pp. 81-92). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967)

Winnicott, D. (2005b). O conceito de falso *self* . In *Tudo começa em casa* (pp. 53-58). São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original escrito em 1964)

Winnicott, D. (2010). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986)

Zygouris, R. (1999). *Pulsões de vida*. São Paulo: Escuta.

Zygouris, R. (2003). *O vínculo inédito*. São Paulo: Escuta.

Zygouris, R. (2006). *Nem todos os caminhos levam a Roma*. São Paulo: Escuta.

Zygouris, R. (2011). *Psicanálise e Psicoterapia*. São Paulo: Via Lettera.