

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Ana Gabriela Athayde Redlich

POR UMA PRESENÇA SENSÍVEL
considerações sobre a ética do cuidado em psicanálise

Porto Alegre

2020

ANA GABRIELA ATHAYDE REDLICH

POR UMA PRESENÇA SENSÍVEL
considerações sobre a ética do cuidado em psicanálise

Trabalho apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Milena Rosa da Silva

Porto Alegre

2020

Ana Gabriela Athayde Redlich

POR UMA PRESENÇA SENSÍVEL
considerações sobre a ética do cuidado em psicanálise

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Psicóloga.

Aprovado em: ___ de _____ de ____

Orientadora Dra. Milena Rosa da Silva

Comentadora: Débora de Moraes Coelho

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
SOBRE A PSICANÁLISE - ALGUNS CONCEITOS FUNDAMENTAIS	8
Resistência, Transferência e Abstinência	9
FERENCZI, WINNICOTT E O ACOLHIMENTO EM ANÁLISE	11
A ÉTICA DO CUIDADO NA PSICANÁLISE	13
A Empatia	13
A Hospitalidade	15
A Saúde do Analista	16
A PRESENÇA SENSÍVEL	18
A PSICANÁLISE E O SUJEITO CONTEMPORÂNEO	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS - O FAZER PSICANALÍTICO SOB O PRISMA DA ÉTICA DO CUIDADO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

*Os cientistas dizem que somos feitos de átomos, mas
um passarinho me diz que somos feitos de histórias.
(Eduardo Galeano)*

Acredito que a melhor forma de introduzir um trabalho seja informando de onde estamos partindo. E o meu trajeto em direção a estas considerações começou muito antes do meu ingresso no curso de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Já havia começado o bacharelado em filosofia nesta universidade e passei por outras duas, a UNISINOS e a UniRitter, estudando psicologia em ambas. Hoje, quando olho para esse percurso tortuoso, não tenho dúvidas que a circulação por outro curso e por outras instituições de ensino superior me permitiram dialogar mais intensamente com perspectivas diversas sobre a academia, a psicologia de modo geral e sobre a psicanálise em particular, sua transmissão e as possibilidades do seu fazer.

Já aluna da UFRGS, realizei meu primeiro estágio na Casa dos Cata-Ventos, um espaço pautado na ética da psicanálise com orientação marcadamente lacaniana e que situava seu fazer nas fronteiras dos direitos humanos, da educação, da saúde coletiva e da assistência social, traçando seu lugar na intersecção desses diferentes campos e no contexto da comunidade, carregando consigo a aposta clínica, ética e política de levar a psicanálise para fora das clínicas e consultórios. Na Cata-Ventos, as crianças e jovens da Vila São Pedro podiam brincar, conversar e contar histórias. As intervenções com as infâncias e sua rede de cuidado se dava através da construção de um espaço lúdico no qual eu também brinquei, conversei e contei histórias.

As intervenções que nós realizávamos, enquanto equipe *cataventeira*, davam-se a partir da construção de um espaço de acolhimento, onde essa era a aposta para gerar deslocamentos em um espaço tão marcado pela desamparo econômico e institucional. Foi vivendo a Casa do Cata-Ventos que eu aprendi: a angústia excessiva paralisa ao invés de movimentar. Um salto só é possível quando bem alicerçado; do contrário, é um cair no precipício.

Meu primeiro estágio de ênfase, em Políticas Públicas, foi em uma equipe especializada em saúde da criança e do adolescente: a EESCA-Centro. O papel destas equipes é fornecer atendimento integral e especializado na Atenção Secundária Ambulatorial. Lá,

particpei de reuniões de rede e interconsultas com profissionais de diversas áreas da saúde e da assistência social, tendo como foco a promoção de saúde integral aos usuários do serviço. O trabalho da psicologia era orientado pela escuta psicanalítica, mas essa se dava entrelaçada aos outros fazeres, se ocupando de sua função enquanto parte integrante de uma política de saúde pública. Realizei atendimentos individuais enquanto estagiária da equipe e busquei, frequentemente, a articulação de uma rede de cuidado para as crianças que atendíamos. Foi durante um dos seminários teóricos na EESCA que tive contato, pela primeira vez, com o conceito de ética do cuidado e com a sua possível articulação ao fazer psicanalítico.

Durante este mesmo ano, realizei o acompanhamento de uma escola de educação infantil conveniada à Prefeitura de Porto Alegre, enquanto parte da pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos em Psicanálise e Infâncias - o NEPIs -, do qual participava desde meados do ano anterior. Guiadas pelas lentes do IRDI - Indicadores de Referência para o Desenvolvimento Infantil -, visitávamos turmas de berçário em uma pesquisa-intervenção que tinha como objetivo assegurar que a relação educadoras-bebês favorecesse a constituição daqueles pequenos sujeitos. Um diário clínico era produzido a partir dessas visitas, e escrever sobre os sentimentos despertados pelo que vivenciávamos no contato com a turma, as educadoras e os bebês era parte relevante dessa produção. Muitas vezes as reflexões provocadas por esses escritos conduziram à intervenções posteriores e serviram para refinar o olhar sobre bebês que despertavam *sensações* antes que pudessemos observar, fenomenologicamente, qualquer questão preocupante em relação ao seu desenvolvimento.

Minha última vivência de estágio deu-se na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, onde finalmente me encontrei com a escuta psicanalítica individual em moldes mais “clássicos”, realizando atendimentos individuais, mas também participando das Oficinas do Brincar, onde me reencontrei com um fazer que lembrava as vivências do estágio básico.

Essa vivência, tão aguardada por mim, trouxe à cena a minha angústia, as minhas dúvidas e medos. Minha análise pessoal foi indispensável para que eu sustentasse aquele espaço aberto ao outro e para que, aos poucos, pudesse transformar em questão aquilo que me causava estranhamento: o quanto a prática analítica poderia ser pautada nos princípios de uma escuta mais sensível e acolhedora, sem que isso signifique um fracasso do trabalho analítico?

Retomei, durante algum intervalo na clínica, o artigo sobre a ética do cuidado que havia lido na EESCA. Essa releitura me levou, primeiramente, aos escritos de Kupermann e

Figueiredo, que por sua vez me levaram à Ferenczi. Neles eu não encontrei respostas prontas para minhas perguntas, mas as mesmas questões estavam ali, sendo formuladas e debatidas.

Kupermann (2017) aponta que em “A adaptação da família à criança” e “Elasticidade da técnica psicanalítica”, Ferenczi elaborou os fundamentos de três conceitos norteadores para uma ética do cuidado na prática psicanalítica: a *empatia*, a *hospitalidade* e a *saúde do analista*. Já Figueiredo (2009), ao desenvolver a ideia de uma *metapsicologia do cuidado*, enumera alguns fazeres essenciais a um *agente cuidador*. Por mais que o autor não esteja se referindo necessariamente à atividade clínica de um analista ao falar de cuidado, agentes cuidadores e objetos de cuidado, é a partir dos saberes e práticas da psicanálise que ele elabora sua “teoria geral do cuidar”. Assim, associo suas ideias de *reconhecer*, *interpelar e reclamar*, e *sustentar e conter* aos conceitos trazidos por Kupermann. Da mesma forma, o conceito de *presença sensível* apresentado por Kupermann (2008) se articula com as ideias de *presença implicada* e *presença reservada* apresentadas por Figueiredo.

As considerações a seguir partem da tessitura entre as experiências que marcaram meu percurso formativo e as elaborações teóricas formuladas por esses autores - e de alguns outros que se apresentam como interlocutores deles -, além da “volta às origens” no estudo de alguns textos freudianos.

SOBRE A PSICANÁLISE - ALGUNS CONCEITOS FUNDAMENTAIS

A psicanálise surge do trabalho de Freud com pacientes histéricos e desenrola-se para a formulação teórica de um aparelho psíquico regido não pela consciência, mas sim pelo inconsciente. Este se constitui por meio de uma ação psíquica: a *repressão* ou *recalque*. A repressão é, a um só tempo, o que cria a instância do Inconsciente e também seu mais elementar mecanismo de defesa, que pretende excluir da consciência tudo aquilo que é excessivo para ela, que pode gerar angústia ou desconforto, tudo que for potencialmente *traumático*. Este processo, contudo, tem seu custo para o aparelho psíquico. Parafraseando o dito popular da ciência onde “nada se cria, tudo se transforma”, aqui nada se elimina. Todo conteúdo recalado deixa sua marca, e essa funda o *sintoma*. A clínica freudiana então abandona técnicas de cunho adaptativo e se dirige a uma prática distinta na busca da cura desse sintoma (aqui, ainda, o sintoma histórico), onde a ideia é remetê-lo à ocasião de sua primeira ocorrência. As formas de acesso à essa primeira ocorrência, contudo, estariam constantemente sendo repensadas pelo autor (Kupermann, 2008; Freud, 2014 [1917], Favero, 2009).

Durante toda sua produção da teoria psicanalítica, Freud reformulou ou acrescentou entendimentos sobre as dinâmicas do aparelho psíquico e a melhor forma de se empreender uma análise. Merece destaque neste trabalho a chamada *virada de 1920*, quando, baseado na escuta dos pacientes que lutaram na Primeira Guerra Mundial, Freud retoma seus estudos sobre o trauma. A partir da observação de que as lembranças do evento traumático insistiam em retornar, mesmo causando tanto sofrimento, Freud reestrutura sua teoria sobre o funcionamento do inconsciente. Os trabalhos dessa época desenvolvem suas ideias sobre a importância da ambivalência, das relações de objeto, da angústia e do luto na dinâmica inconsciente, constituindo uma nova teoria das pulsões e da etiologia das neuroses (Favero, 2009; Quinodoz, 2007).

É também nessa obra que Freud ressalta a importância da transferência para a psicanálise. O que se resumia a uma "simples" prática interpretativa, agora passa a ser também uma prática de afetos. Não se trata aqui de uma "afetação" por parte do analista, como muitos poderiam pensar (ou temer). Isso significa apenas que a prática psicanalítica

passa a valorizar o que se produz a partir do campo do sensível, observando os afetos que circulam na relação transferencial.

Resistência, Transferência e Abstinência

Em “A psicoterapia da histeria”, de 1895, Freud postula que a mesma ação que gerou o sintoma se manifesta no percurso de uma análise como *resistência* ao trabalho analítico:

[...] por meio de meu trabalho psíquico, eu tinha de superar uma força psíquica nos pacientes que se opunha a que as representações patogênicas se tornassem conscientes (fossem lembradas). Uma nova compreensão pareceu abrir-se ante meus olhos quando me ocorreu que esta sem dúvida deveria ser a mesma força psíquica que desempenhara um papel na geração do sintoma histérico e que, na época, impedira que a representação patogênica se tornasse consciente (FREUD, 2020, s.p.).

Entretanto, é preciso cuidado para não considerarmos a resistência como a força protetora de um conteúdo estanque, o que acarretaria a ideia de um inconsciente fixo pronto a ser desvendado. Ainda nesse estudo, Freud questiona se os analistas não deveriam supor que estão lidando com pensamentos que de fato não se realizaram na época do recalçamento, constituindo um ato psíquico novo. Isso nos leva a supor que o inconsciente não deve ser visto como uma esfinge, uma entidade isolada aguardando para ser desvendada, mas sim uma “produção da análise, uma entre várias possibilidades de constituição de um saber que diz respeito *àquela* análise e, portanto, ao encontro das singularidades *daquela* analisando com *aquele* analista” (KUPERMANN, 2008, p.78 - ênfases do autor). Essa relação singular entre o analisando e seu analista se estabelece pela via da *transferência*.

A transferência é um dos conceitos fundamentais da psicanálise e a base de todo o trabalho analítico. É a partir de sua manifestação que as representações inconscientes se atualizam na relação com o analista e, apenas assim, o trabalho analítico se torna possível. Essa atualização consiste na reedição das relações primordiais na relação com o analista, e é pelo manejo dessa transferência que se dá a análise propriamente dita.

Como já foi dito, Freud reconheceu a importância dos afetos transferenciais nos processos analíticos, mas por muitas vezes tal reconhecimento parece ir de encontro aos limites que impôs em sua teoria da clínica:

[...] a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão

completo que não possamos subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência (FREUD, 2020 [1915 [1914], s.p.).

A ideia de que o psicanalista precisa se abster das intensidades afetivas suscitadas pela transferência também é apresentada como uma das bases do trabalho analítico. Porém, é importante notar que o conceito de abstinência é desenvolvido antes da virada de 1920 e, portanto, é anterior às formulações da pulsão de morte e da segunda tópica. Nesse ponto da teoria freudiana, o principal trabalho de um analista ainda estava relacionado, justamente, à interpretação dos conteúdos recordados pelo analisando. Além disso, a recomendação da abstinência vinha principalmente no sentido de barrar possíveis envolvimentos eróticos entre analisandos e analistas, definidos como um sucesso da resistência (na forma de uma atuação) e o fracasso do tratamento (Kupermann, 2008).

Já deixei claro que a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor a satisfação que ela exige. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência. Com isto não quero significar apenas a abstinência física, nem a privação de tudo o que a paciente deseja, pois talvez nenhuma pessoa enferma pudesse tolerar isto. [...] Se os avanços da paciente fossem retribuídos, isso constituiria grande triunfo para ela, mas uma derrota completa para o tratamento. (FREUD, 2020 [1915 [1914] s.p.).

Contudo, leituras rígidas desses conceitos parecem levar a uma contradição no trabalho analítico. O receio de ser capturado pelas emoções transferenciais pode levar o analista a rechaçá-las de tal forma que limite sua ação a uma constante interpretação da transferência e das resistências que nela se manifestam, como se buscasse acessar uma verdade escondida pelo recalque nos confins do inconsciente, para então expô-la ao analisando. Tal postura faria da análise “um exercício intelectualizante e opressivo que tende a se perpetuar infinitamente” (KUPERMANN, 2008, p. 77), sendo igualmente danoso ao processo terapêutico.

FERENCZI, WINNICOTT E O ACOLHIMENTO EM ANÁLISE

Sandor Ferenczi ocupou uma posição de destaque entre os discípulos de Freud, sendo um dos grandes nomes da psicanálise em sua época. Médico neuropsiquiatra, teve seu primeiro contato com a psicanálise em 1906, foi analisando de Freud em mais de um momento e participou ativamente dos primórdios do movimento psicanalítico (Zimmermann, 2010). As principais contribuições teóricas e técnicas de Ferenczi diziam respeito ao trabalho analítico com *pacientes difíceis* - aqueles que apresentavam estruturas divergentes da neurose postulada por Freud, profundamente regredidos ou com funcionamento psicótico -, distanciando-se assim das teorizações freudianas que tinham o padrão neurótico como modelo exemplar à técnica psicanalítica, sendo o tratamento calcado na resolução dos conflitos ligados à problemática edipiana. A aplicação da técnica padrão era desaconselhada pelo próprio pai da psicanálise no tratamento desses casos, dada a percepção de que não só era inefetiva como, frequentemente, iatrogênica para o processo terapêutico (Kupermann, 2017).

Ferenczi questionou a primazia da associação livre, a extensão da abstinência e a interpretação como ferramenta principal do processo analítico, propondo uma clínica afetivamente implicada com o analisando (Medeiros e Peixoto Junior, 2016). Afirmava que uma postura indiferente, de neutralidade do analista em relação ao paciente, “facilmente pode transformar-se em insensibilidade, e o princípio de abstinência pode também facilmente camuflar uma atitude de hipocrisia” (ROCHA, 2013, p.466).

Eu tinha cada vez mais a impressão, ao aplicar essas concepções na análise, de que a relação entre médico e paciente começava a se assemelhar um pouco demais a uma relação entre mestre e aluno. Adquiri igualmente a convicção de que meus pacientes estavam profundamente insatisfeitos comigo, mas simplesmente não ousavam rebelar-se abertamente contra o dogmatismo e o pedantismo de que dávamos mostras.[...] exortei [os médicos] a darem mostras de um pouco mais de humildade diante de seus pacientes, a admitirem os eventuais erros que pudessem cometer; e preconizei uma elasticidade maior, à custa, eventualmente, até mesmo de nossas teorias [...]. No correr de minha longa prática analítica, descobri-me constantemente infringindo ora um, ora outro dos ‘conselhos técnicos’ de Freud.[...]” (FERENCZI, 1929, apud THIS, 1995, p.86-87).

As formulações ferenczianas inauguraram um estilo clínico marcado pelo acolhimento empático, trazendo elementos fundamentais para a fundação de uma clínica do cuidado. Entretanto, Ferenczi foi compulsoriamente esquecido nas décadas seguintes.

Falecido em 1933, suas obras só foram editadas e traduzidas para o francês na década de 1960; para o português, no início da década de 1980. Este apagamento, fruto das polêmicas divergências teóricas com outros psicanalistas de sua época, faz com que mesmo hoje as suas produções sejam desconhecidas pela maioria (ZIMMERMANN, 2010). No entanto, apesar da ausência de referências ao seu nome, o trabalho de Ferenczi antecipou e influenciou a produção de inúmeros autores psicanalíticos posteriores a ele.

Donald Winnicott é um desses autores, sustentando “um sentido ético do cuidado” na clínica psicanalítica (LOPARIC, 2013, p.20). O foco de muitos dos seus estudos foi o processo constitutivo da subjetividade nos estágios precoces da vida. Neles, *cuidado* se refere à provisão de um ambiente que atenda às necessidades instintuais e egóicas do bebê, oferecida por um cuidador primário (notadamente, a mãe), em uma presença *suficientemente boa* - atendendo na medida e tempo certos às necessidades do bebê. A relação estabelecida se caracteriza pela disponibilidade desse cuidador em vista da dependência do bebê, sendo assim capaz de ampará-lo e guiá-lo em suas primeiras adaptações ao mundo (França e Rocha, 2015).

A qualidade do cuidado recebido é um elemento fundamental no processo de subjetivação. Se o cuidador primário é capaz de sustentar um ambiente suficientemente bom no decurso do amadurecimento, estará criando as condições de possibilidade para uma experiência da continuidade de ser e de todas as outras identificações posteriores à identificação primária.

Mesmo Freud, que não se dedicou a uma clínica com crianças, já afirmava o quanto ser cuidado deixaria marcas essenciais para um pleno desenvolvimento na maturidade: “[a]firmei, em outra ocasião, que, quando alguém foi o favorito indiscutível da mãe, por toda vida conserva aquele sentimento do conquistador, a confiança no sucesso, que não raro traz realmente o sucesso” (FREUD, 2010, p.207).

Para Winnicott, haveria diversas situações em que a função de um analista se assemelha a de um cuidador primário, reeditando os cuidados suficientemente bons, adaptando-se ativamente ao analisando, respeitando seus impulsos criativos e proporcionando estabilidade e previsibilidade. Aqueles que foram privados de um ambiente suficientemente bom, que não o tiveram ou deixaram de tê-lo em algum momento precoce poderiam então regressar à dependência, deixando de lado suas organizações defensivas e entregando-se ao cuidado do analista (LOPARIC, 2013; QUILICI, 2013).

A ÉTICA DO CUIDADO NA PSICANÁLISE

Já vimos que o cuidado tem um papel estruturante na constituição do sujeito. Porém, seria errado pensar que tal função é necessária apenas nos primeiros anos: o sujeito irá demandar cuidados parentais, familiares, grupais e sociais de diferentes formas, ao longo de toda sua vida.

Ética é toda teoria que diz sobre como se deve agir, refletindo sobre os sistemas morais elaborados pelos homens e compreendendo a função das normas e interdições de cada sistema. O fazer da psicanálise comporta uma ética própria, que é norteadora da posição analítica na prática clínica. Ao pensarmos o fazer psicanalítico comprometido com a ética do cuidado, não estamos falando de uma substituição - uma vez que não haveria, então, psicanálise a ser feita -, e sim de uma relação aditiva.

Rocha (2013) aponta que essa prática psicanalítica articulada à ética do cuidado deve incentivar a *presença sensível* do analista - uma postura de equilíbrio dialético entre implicação e reserva. Ele deve se empenhar em fazer do espaço analítico um ambiente facilitador e criador, onde o analisando sintá-se estimulado a buscar não apenas soluções para seus sintomas e conflitos, mas a oportunidade de construir uma forma própria e autêntica de ser e estar no mundo.

A Empatia

A função da empatia em psicanálise, enquanto assim denominada, é um tema bastante controverso entre os psicanalistas. Tomada como “colocar-se no lugar do outro” ou “sentir o que o outro sente”, poderia acarretar num excesso de compreensão que silenciaria as questões do analisando, ou envolver a relação transferencial num emaranhado de projeções e introjeções que, da mesma forma, dificultaria ou inviabilizaria o curso da análise.

O conceito de empatia empregado por Ferenczi surge da palavra *Einfühlung* que significa “sentir dentro” ou “sentir com”. Em português, empatia vem do grego *empathia*, que significa “estar dentro, estar presente”. O termo foi utilizado na filosofia para designar o “viver com e como o outro, o seu *páthos*” - nas “Obras Completas” de Ferenczi, contudo, a tradução dada a *Einfühlung* não foi *empatia* e sim *tato* (Duque, 2018).

Na teoria ferencziana, o *tato* se refere “à capacidade de se deixar afetar pelo sofrimento do analisando, e também à capacidade de afetá-lo, a partir do sentido produzido

pelo encontro analítico” (KUPERMANN, 2017, p.22). Dessa forma, podemos pensar que a empatia seria uma forma possível de trabalhar *na* transferência, onde a atividade interpretativa se faz subordinada à qualidade dos afetos que circundam o encontro analítico.

A proposta de Ferenczi é de subverter a lógica que privilegiava a interpretação do recalcado, ou seja: que o sentir construa sentido, e apenas após este “sentido do sentir” se pense em racionalizar o que se passa no encontro analítico. Mas o autor também salienta que esse movimento não deve impulsionar o analista a agir apenas guiado pelas emoções despertadas:

Apresso-me a acrescentar, desde já, que a capacidade de exercer essa espécie de “bondade” significa apenas um aspecto da compreensão analítica. Antes que o médico se decida a fazer uma comunicação, deve primeiramente retirar por um momento sua libido do paciente e avaliar a situação com frieza: *em nenhum caso deverá deixar-se guiar só pelos seus sentimentos* (FERENCZI, 1992 [1928a], p.28, ênfase minha).

A resistência às suas ideias, sobre as possibilidades e limites da empatia no tratamento analítico, não é nova. Ferenczi já lidava com ela em suas comunicações a outros analistas, o que torna fácil encontrar em seus textos algumas respostas aos principais receios em relação à sua teoria - receios esses que persistem ainda hoje. Um deles é que a empatia levaria a uma *maternagem* (crítica que cabe tanto às contribuições de Ferenczi quanto às de Winnicott) excessiva do analisando. Sobre isso, Ferenczi (1992 [1928a], p.27) diz:

[...] por certo não é dado à psicanálise poupar o paciente de todo o sofrimento; com efeito, aprender a suportar um sofrimento constitui um dos resultados principais da psicanálise. Entretanto, uma pressão a esse respeito, se for desprovida de tato, fornecerá apenas ao paciente a oportunidade, ardentemente desejada pelo inconsciente, de subtrair-se à nossa influência.

Pensar a empatia como ferramenta da psicanálise pode servir de norteador para *como* operar com a transferência, no sentido de evitar os envolvimentos não-terapêuticos tão temidos por Freud quando do surgimento da psicanálise e extensamente pensados por teóricos posteriores.

O “sentir com” em análise, mais do que colocar-se no lugar do analisando ou identificar-se com seu sofrimento, é estar disponível para vivenciar com ele seus sentimentos mais primitivos. Permitir a ocorrência de uma regressão no contexto da transferência, especialmente aos analisandos em estado grave (os *pacientes difíceis*), facilita o acesso às

dimensões mais traumatizadas da sua subjetividade bem como aos aspectos mais lúdicos de sua afetividade (Kupermann, 2017). O amparo e flexibilidade propostos pelo autor não dizem respeito à realização de desejos e sim à satisfação de *necessidades*, sem a qual o processo analítico pode ser não apenas infrutífero, mas potencialmente traumático.

Figueiredo (2009, p.138) fala sobre a capacidade de *reconhecer* envolvida no ato de cuidar, composta pelo *testemunhar* e pelo *refletir/espelhar*, necessariamente nessa ordem: “um espelhamento que não inclua o autêntico testemunho não poderá efetivar a tarefa do reconhecimento”. Cuidar, neste processo, está relacionado à possibilidade de reconhecer o analisando na singularidade de seus sofrimentos e alegrias - *dar testemunho* disso - e, só então, devolver-lhe aquilo que é seu e que surge no encontro analítico. Esse reconhecimento cuidadoso, que se inicia pelo testemunhar e se completa no que é devolvido ao analisando, é o “sentir com” ferenciano:

[S]aber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada passo, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc (FERENCZI, 1992 [1928a], p.27).

A Hospitalidade

Em “A adaptação da família à criança” (1928b), Ferenczi realizou uma torção no paradigma vigente até então, de que o bebê se adaptaria ao seu meio, afirmando que caberia ao ambiente - à família - acolher de maneira ativa e calorosa aquele que estava chegando. Caso, ao contrário, o bebê fosse tomado como intruso ou tratado com displicência e abandono, a vivência do desamparo primordial em que todos nascemos se faria efetivamente traumática. Essa vivência de recusa e abandono seria uma das marcas dos ditos *pacientes difíceis* com que Ferenczi trabalhava.

No ano seguinte ele publicaria “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, desenvolvendo essas ideias e afirmando que os pacientes traumatizados eram aqueles que foram *hóspedes indesejados* em suas famílias: “Todos os indícios confirmam que essas crianças registraram bem os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada” (FERENCZI, 1992 [1929], p.49).

Ferenczi definiu a hospitalidade no espaço analítico como o oferecimento de um ambiente que acolha o analisando ao início do tratamento, da mesma forma que uma família deveria fazer ao receber uma criança: adaptando-se àquele que chega. Essa adaptação é o que possibilitaria uma vivência lúdica e criadora, favorecendo a constituição de si, quiçá pela primeira vez para estes analisandos traumatizados. A elasticidade da técnica psicanalítica apresentada por Ferenczi teria, então, o ambiente hospitaleiro enquanto *esteio* da transferência, convocando o analista à adaptar-se ao ritmo do analisando em seu processo de subjetivação.

Conforme Figueiredo (2009), a hospitalidade engloba duas funções primordiais, dialeticamente encadeadas: o *sustentar* e o *conter*. É a sustentação que assegura, em oposição ao desamparo, uma *experiência de continuidade*. Esta é essencial para que se alcance um senso de realidade, ou mesmo para sentir-se existindo em relação com o outro (e não fusionado ao outro, ou despedaçado em uma angústia aniquiladora). É necessário que se sustente a experiência de continuidade, mas também que se abra espaço para o analisando se movimentar. A função da continência se coloca justamente na possibilidade de enquadrar as *experiências de transformação* do analisando.

Quando as angústias, medos e desejos do analisando são contidos é que estes podem ser nomeados, tornando-os reconhecíveis, aceitáveis e toleráveis. A continência nada tem a ver com suprimir os encontros do analisando com esses conteúdos, uma vez que esse contato é essencial para a produção de movimentos a que uma análise se propõe. Pelo contrário, dar continência é oferecer espaço para que as mudanças possam, de fato, acontecer.

A Saúde do Analista

Para sustentar um estilo clínico baseado na empatia e na hospitalidade é importante que o analista também cuide de sua “higiene pessoal”. Para que possa desempenhar sua função, o analista deve cuidar de sua própria saúde emocional, dando importância à análise dos seus próprios conteúdos inconscientes. Foi graças às contribuições teóricas de Ferenczi que se instituiu a segunda regra fundamental da psicanálise: *o analista deve ser, em primeiro lugar, ele próprio analisado* (Kupermann, 2017).

Mencionarei agora um problema que nunca foi suscitado até o presente momento, ou seja, uma eventual metapsicologia dos processos psíquicos do analista durante a análise. Seus investimentos oscilam entre identificação (amor objetal analítico), por

um lado, e autocontrole ou atividade intelectual, por outro. No decorrer de sua longa jornada de trabalho, jamais pode abandonar-se ao prazer de dar livre curso ao seu narcisismo e ao seu egoísmo, na realidade, e somente na fantasia, por breves momentos. Não duvido que tal sobrecarga - que, por outra parte, quase nunca se encontra na vida - exigirá cedo ou tarde a elaboração de uma higiene particular do analista (FERENCZI, 1992 [1928a], p. 34-35).

Ferenczi sentencia que a análise do analista é a base mais confiável para uma boa técnica analítica, elevando essa experiência pessoal a uma posição privilegiada no processo de formação. Assim, a saúde do analista é o que possibilita o bom exercício técnico de sua função e se mostra parte essencial de um fazer clínico orientado pela ética do cuidado (França e Rocha, 2015).

A PRESENÇA SENSÍVEL

O paradoxo é parte crucial da constituição da psicanálise e se apresenta constantemente na prática clínica, fazendo parte dos processos constitutivos e de amadurecimento emocional. A prática psicanalítica sequer seria possível sem os paradoxos e suas relações de complementaridade, como mencionado sobre a hospitalidade e sua relação com o estabelecimento da transferência. Afinal, “que o analista seja e ao mesmo tempo não seja ele mesmo e um outro (do paciente e de si) está no cerne das relações transferenciais.” (FIGUEIREDO, 2009, p.65).

Os três conceitos norteadores da ética do cuidado podem ser articulados a um estilo clínico de *presença sensível* (Kupermann, 2008; 2017). Para Figueiredo (2009) essa se dá em uma relação dialética, paradoxal e complementar entre *presença implicada* e *presença reservada*, sendo o que torna possível a sustentação do enquadre e, a partir daí, o trabalho analítico na transferência.

Implicação e reserva são as dimensões paradoxais da presença do analista que se transferem para a própria estrutura e dinâmica do enquadre analítico em sua dimensão intrapsíquica e intersubjetiva (uma disponibilidade contratransferencial primária) tornando analisáveis as transferências (FIGUEIREDO, 2009, p.66).

Neste sentido, as posições de *presença implicada* e *presença reservada* colocam-se simultaneamente no encontro analítico e faz-se necessário que o analista modere ambas. Enquanto *presença implicada*, assume a posição ativa de *interpelar* e *reclamar*, sendo articulador de questionamentos. Ao intimar o analisando, possibilita que ele “entre em contato com os fatos da existência: a morte, a finitude, a alteridade e a lei” (FIGUEIREDO, 2009, p.139). Convocá-lo ao movimento, à elaboração de seus conflitos, angústias e medos (mas também de seus sonhos e desejos) é fundamental para o processo de constituição psíquica; entretanto, são também inegáveis os malefícios de uma implicação exagerada, que sufoca. “[O] reconhecimento ilimitado [...] produz uma especularidade narcísica em que se instala a dependência diante da atenção e da aprovação alheia, um estado de alienação (FIGUEIREDO, 2009, p.140).

E aqui surge o paradoxo entre implicação e reserva: “[a] base de todo o movimento é exatamente a da retirada estratégica do agente cuidador: ele se mantém em reserva para

convocar à ação” (FIGUEIREDO, 2009, p.143). É na posição implicada que o analista pode intimar ao movimento, mas apenas na posição reservada se abre caminho para a resposta.

É óbvia a insuficiência da pura reserva, entendida como neutralidade, indiferença e silêncio, principalmente diante dos pacientes chamados ‘difíceis’, aqueles que trazem a loucura à flor da pele. No entanto [...] são inegáveis os malefícios da implicação pura (FIGUEIREDO, 2009, p.141).

A presença sensível só é possível quando em uma atitude comedida por parte do analista, numa abstinência que favoreça o processo analítico, não o oposto. Abster-se, nesse contexto, não é ausentar-se do compartilhamento afetivo em busca de uma pretensa e impossível neutralidade; é, pelo contrário, colocar-se enquanto *presença reservada*, reconhecendo os limites de suas intervenções e abrindo espaço para que o analisando possa “exercitar sua capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades” (FIGUEIREDO, 2009, p.143). Abster-se também é perceber que qualquer intervenção deve passar imperiosamente pelo crivo de uma elaboração anterior, fundamentada na experiência analítica. Tudo aquilo que se oferece ou devolve ao analisando deve ganhar ou manter sentido nesse contexto.

A PSICANÁLISE E O SUJEITO CONTEMPORÂNEO

Toda teoria reflete, de alguma maneira, sua própria época, e cada período histórico estimula determinadas configurações subjetivas. Freud elaborou a teoria psicanalítica entre o final do século XIX e o início do século XX, o que implica dizer que os sujeitos dos tempos freudianos não são os mesmos que encontramos hoje¹. Toda sua produção se deu antes da revolução dos costumes nos anos 1960 ou da grande aceleração tecnológica do final do século XX, que modificaram profundamente as relações sociais. O sujeito freudiano não é o sujeito dos tempos líquidos; da sociedade do cansaço e do espetáculo; das teorias pós-colonialistas de identidade cultural; da performatividade do gênero; ou o sujeito hiperindividualista neoliberal².

Esta percepção fina da realidade presente se nos aproxima da sociologia contemporânea, por vezes nos distancia dos livros fundadores da psicanálise, justamente naqueles pontos em que a teoria psicanalítica se revela tributária da subjetividade da época de sua criação, por mais que a psicanálise tenha, frequentemente, o mau hábito de tomar a subjetividade presente como uma natureza humana não datada, como um puro universal. O que coloca a psicanálise sob o risco de criar dogmas onde o que há são teorizações baseadas em descrições que eram verdadeiras na época em que foram escritas, mas que talvez não sejam mais tanto assim nos dias de hoje (MARTINS, 2013, p.9-10)

As formulações ferenczianas, como visto anteriormente, diziam respeito à sua experiência com pacientes considerados difíceis, ou mesmo não analisáveis na perspectiva freudiana. Refletindo sobre a clínica contemporânea, nos deparamos a cada dia com a eclosão de quadros de sofrimento psíquico diferentes daqueles relatados por Freud em suas experiências analíticas. As questões do sujeito contemporâneo parecem cada vez menos relacionadas à conflitiva edípica e à castração, deslocando-se para a perda de sentido da vida, a sensação de irrealidade e banalidade da existência (Hegenberg, 2000). Em muitos casos, as marcas traumáticas parecem ocorrer nos primórdios dos processos de constituição do psiquismo e muito antes da mera possibilidade de emergência do complexo de Édipo.

¹ E poderíamos mesmo nos perguntar se o sujeito freudiano era o mesmo que se encontrava, em seu próprio tempo, em circunstâncias diversas da sua. Este tema, contudo, é amplo e complexo e não pude me debruçar sobre ele no escopo deste trabalho.

² Alguns dos autores que são conhecidos por cunharem ou trabalharem com esses conceitos são, respectivamente: Zygmund Bauman; Byung-Chul Han; Guy Debord; Stuart Hall e Homi Bhabha; Judith Butler; Wendy Brown.

o cenário contemporâneo é constituído por pacientes cujo sofrimento psíquico se encontra fora do modelo da neurose, ou seja, por um sofrimento que não traz a marca da conflitualidade e cujo dinamismo psíquico não se encontra balizado hegemonicamente pela lógica do recalque. (MEDEIROS e PEIXOTO JÚNIOR, 2016, p.47)

Foi em vista destes desafios da clínica contemporânea que Kupermann propôs refletirmos sobre a efetividade de um estilo clínico fundamentado na primazia da abstinência e da interpretação. O neurótico, como paciente ideal da teoria freudiana, já dispunha dos elementos básicos para articular e elaborar suas experiências subjetivas. Contudo, é cada vez maior o número de analisandos que se apresentam comprometidos em suas possibilidades simbólicas e elaborativas. Nestes casos, o trabalho baseado na interpretação das resistências muitas vezes se mostra improdutivo, a associação livre se mostra enfraquecida e a manutenção inflexível do princípio de abstinência pode gerar um aumento temerário da frustração e da angústia produzidas no encontro analítico - experiência que poderia fazer do processo analítico uma reedição das vivências traumáticas do analisando (Kupermann, 2017).

A saída possível para a condução do processo analítico seria a adoção de um novo estilo clínico, orientado pela possibilidade de o analisando experimentar a regressão no contexto da transferência. Somente assim se alcançaria as dimensões sensíveis e criativas destes pacientes, construindo o caminho para que, em algum momento, a associação livre possa de fato operar (Kupermann, 2017).

O analista está imerso em seu próprio tempo histórico - isto não poderia ser diferente. Ao pensar sua prática, deve voltar-se para a teoria com a disposição de tensioná-la, para responder aos desafios impostos pela clínica que ele vivencia: “[a]qui reside a beleza e a força da teorização psicanalítica sem a qual a Psicanálise correria o risco de se restringir ao empoeirado dos tempos ido” (MAIA, 2015, p.495).

CONSIDERAÇÕES FINAIS - O FAZER PSICANALÍTICO SOB O PRISMA DA ÉTICA DO CUIDADO

Apresentei, nos capítulos anteriores, os pressupostos que embasam a ética do cuidado, admitindo que uma presença implicada do analista no encontro terapêutico traria benefícios para a clínica psicanalítica - especialmente quando consideramos que existem diferenças basilares entre o sujeito analisando de Freud na Viena do início do século XX e o sujeito do contemporâneo. Logo, e a título de encerramento, me parece importante tecer algumas últimas considerações.

Antes de mais nada, que a ética do cuidado não configura o fazer de uma escola. Analistas de inúmeras e variadas concepções teóricas têm pensado sobre a função de uma presença sensível e de uma ética do cuidado, mesmo que não as nomeiem dessa forma. Do mesmo modo, as posturas analíticas que porventura critiquei não se referem ao posicionamento teórico de qualquer escola em particular: dizem de estilos clínicos, algo que fala mais da relação que o analista estabelece com a teoria à qual se filia do que desta em si mesma.

Dito isto, e evocando novamente a concepção de elasticidade da técnica psicanalítica preconizada por Ferenczi, talvez caiba refletirmos sobre a decadência da “era das escolas” e a emergência de perspectivas inter e transescolares na clínica contemporânea.

A modéstia do analista não é, portanto, uma atitude aprendida mas a expressão da aceitação dos limites do nosso saber [...] a confiança em nossas teorias deve ser apenas uma confiança condicional, pois num dado caso talvez se trate da famosa exceção à regra, ou mesmo da necessidade de modificar alguma coisa na teoria em vigor até então (Ferenczi, 1992 [1928b], p.31, ênfase do autor).

Aqui, diferencia-se a teoria da doutrina. Teoria é um dispositivo de contato com a alteridade, aberta à descoberta e à transformação, garantindo o não saber como oportunidade para aprender; a doutrina, por outro lado, assume uma postura onipotente, narcisista e defensiva, onde domina o dogmatismo (FIGUEIREDO, 2009).

Houve um momento em que o fechamento escolástico, mesmo que potencialmente dogmático, se mostrou importante para os avanços da teoria psicanalítica, viabilizando elaborações riquíssimas dentro de cada uma das tantas correntes. Hoje, contudo, também faz sentido que o analista possa entrar em contato e dialogar com teóricos de outras vertentes, e

não somente com aqueles que identificados a sua própria escola. Ao romper com os paradigmas escolásticos, se (re)descobre, (re)cria e (re)inventa a psicanálise:

[...]velhas separações e oposições, vigentes no plano das teorias, são vigorosamente desfeitas e transpostas nas novas perspectivas. criam-se pensamentos e estilos clínicos que fazem justiça à *pulsão*, e às *relações de objeto*; que levam em conta, de um lado, *desamparo* e *dependência original*, e, de outro, *desejo*; que pensam em termos de *conflito*, e de déficit; que investigam as dimensões da *fantasia*, e do *trauma*, vale dizer, dão atenção ao *intrapsíquico* e ao *intersubjetivo* (FIGUEIREDO, 2009, p.18)

Dispor-se à reinvenção da psicanálise não significa abandonar as teorizações freudianas. Suas formulações continuam e continuarão fazendo sentido para a prática clínica, inclusive e possivelmente nos mesmos tratamentos em que uma elasticidade da técnica se fez necessária e vantajosa. Não se trata aqui da defesa de uma exclusão ou substituição de método, mas da possibilidade de costura das formas. O que importa é a produção de uma clínica comprometida com o analisando e suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUQUE, F. A. Empatia psicanalítica: possibilidades e dificuldades. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 49, p. 97-104, 2018.

FAVERO, A. B. *A noção de trauma em psicanálise*. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FERENCZI, S. Elasticidade da técnica psicanalítica [1928a]. In FERENCZI, S. *Psicanálise IV*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. A adaptação da família à criança [1928b]. In _____. *Psicanálise IV*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte [1929]. In _____. *Psicanálise IV*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009.

FRANÇA, R. M. P.; ROCHA, Z. Por uma ética do cuidado na psicanálise da criança. *Psicologia USP*, v. 26, n. 3, p. 414-422, 2015.

FREUD, S. Uma recordação de infância em “Poesia & Verdade” (1917). In FREUD, S. *Obras completas volume 14 [1917-1920]: “O homem dos Lobos e outros textos”*. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. Teoria geral das neuroses (1917). In _____. *Obras completas volume 13: Conferências introdutórias à psicanálise*. Trad. Sérgio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) (1915 [1914]). In FREUD, S. *Obras completas Vol. 12 [1911-1913]: O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)*. Disponível em <http://www.freudonline.com.br/livros/volume-12/vol-xii-8-observacoes-sobre-o-amor-transferencial-novas-recomendacoes-sobre-a-tecnica-da-psicanalise-iii-1915-1914/>. Acessado em 20/09/2020.

_____. A psicoterapia da histeria (1895). In FREUD, S. *Obras completas Vol. 02 [1893-1895]: Estudos sobre a histeria*. Disponível em <http://www.freudonline.com.br/livros/volume-02/vol-ii-5-iv-a-psicoterapia-da-histeria-freud/>. Acessado em 21/09/2020.

HEGENBERG, M. *Borderline*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

KUPERMANN, D. *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

KUPERMANN, D. *Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático*. São Paulo: Zagodoni, 2017.

LOPARIC, Z. A ética da lei e a ética do cuidado. In. LOPARIC, Z. (org.) *Winnicott e a ética do cuidado*. São Paulo: DWW Editorial. 2013.

MAIA, M. S. O ser no gerúndio: o subjetivar-se que não cessa de acontecer. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 26, n. 3, 495-496, 2015.

MARTINS, A. Prefácio. In ARMONY, N. *O homem transicional: para além do neurótico e borderline*. São Paulo: Zogodoni, 2013.

MEDEIROS, E. C.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. O manejo clínico de “casos difíceis”: herança e atualidade de Sándor Ferenczi nas abordagens de Winnicott e Balint. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 46-59, 2016.

QUILICI, C. S. Ética e “cuidado de si”. In. LOPARIC, Z. (org.) *Winnicott e a ética do cuidado*. São Paulo: DWW Editorial. 2013.

QUINODOZ, J-M. *Ler Freud: guia de leitura da obra de S. Freud*. Trad. Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ROCHA, Z. Para uma clínica psicanalítica do cuidado. *Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, V. 45, n. 1, p. 453-471, 2013.

THIS, B. Introdução à obra de Ferenczi. In. NASIO, J-D (direção). *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

ZIMMERMANN, J. J. Por que Ferenczi. *Psicanálise*, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 199-202, 2010.