

EMPATIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: UM ENFOQUE NA TEORIA DE KLEIN E WINNICOTT

Alexandre Patrício de Almeida¹

RESUMO

Pretende-se, neste artigo, discutir alguns dos aspectos centrais do conceito de empatia na psicanálise, levando em consideração, sobretudo, a sua origem e o seu uso na teoria de Melanie Klein e Donald Winnicott. Para tanto, iniciamos o texto com um breve percurso histórico, discorrendo sobre a importância de Sándor Ferenczi e suas contribuições inaugurais ao tema. Em seguida, apresentamos a compreensão de empatia por Melanie Klein, vista como um processo resultante do mecanismo de identificação projetiva. Prosseguimos, logo após, com a noção de empatia no campo clínico para Winnicott. E, por fim, tecemos possíveis aproximações (e afastamentos) entre as ideias desses autores.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise. Empatia. Melanie Klein. Winnicott. Clínica

¹ Psicanalista, mestre e doutorando pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. Pesquisador bolsista CNPq. Professor universitário e supervisor de estágio clínico. Endereço: Rua do Símbolo, 100/62A. Morumbi. São Paulo, SP. CEP: 05713-570. E-mail: alexandrepatriciodealmeida@yahoo.com.br. Celular: (11) 973723696.

EMPATIA E PSICANÁLISE: UMA BREVE INTRODUÇÃO

É, no mínimo, curioso que nos dois dicionários mais importantes de psicanálise não encontramos o significado do verbete “empatia” – trata-se, aqui, do “Vocabulário de psicanálise” de Laplanche e Pontalis (2001) e do “Dicionário de psicanálise” de Roudinesco e Plon (1998). Procurando em outros livros do gênero, achamos referência à esta palavra apenas no “Vocabulário contemporâneo de psicanálise” de Zimerman (2001), que diz:

Empatia designa a capacidade de o analista *sentir em si*. Parece ser essa a tradução mais apropriada de *Einfühlung*, termo empregado por Freud no capítulo VII de *Psicologia das massas e análise do ego* (1921) para referir o poder de sentir-se *dentro do outro* por meio de adequadas identificações projetivas e introjetivas. A palavra *empatia* deriva do grego e forma-se de *em* (ou *en*), dentro de + *pathos*, sofrimento, dor. O prefixo *sym* (ou *sin*), por sua vez indica “estar ao lado de”. Fica clara, assim a importante distinção entre empatia e simpatia. (ZIMERMAN, 2001, pp. 119-120, itálicos do autor)

Ao citar o autor que mais fez uso do conceito no campo psicanalítico, Zimerman escreve:

Embora não tenha sido o primeiro autor a enfatizar o conceito de *empatia*, Kohut certamente foi quem lhe deu maior importância na técnica e prática analítica. Kohut (1971) preconiza que a relação analítica deve ser a de uma *ressonância empática* entre o *self* do analisando e a função de *self-objeto* do analista. Isso acontece quando o paciente sente-se compreendido pelo analista e demonstra que o compreende. (ZIMERMAN, 2001, p. 120, itálicos do autor)

Entretanto, o que nos chama atenção na descrição completa do verbete, é que em nenhum momento Zimerman cita como precursor e criador do estilo empático o psicanalista húngaro (e amigo próximo de Freud) Sándor Ferenczi. Esse analista foi um grande investigador clínico, que possuía uma preocupação legítima com seus pacientes, dedicando-se integralmente a eles e ao seu progresso no tratamento terapêutico. Ferenczi ficou conhecido pelo seu estilo ousado na psicanálise, chegando a desagradar até o próprio Freud que, apesar das divergências teóricas, não deixou de reconhecer a genialidade de seu amigo, escrevendo um belíssimo obituário em homenagem à Ferenczi – que morreu precocemente, aos 59 anos, por conta de complicações derivadas de uma anemia perniciosa. Citamos Freud:

A necessidade de curar e ajudar tornou-se nele predominante. Provavelmente ele se impôs metas inalcançáveis com os meios terapêuticos de hoje. Veio-lhe a convicção, desde fontes afetivas inesgotáveis, de que seria possível alcançar muito mais com os pacientes se lhe déssemos na medida suficiente, o amor pelo qual haviam ansiado quando crianças. Ele quis descobrir como isso era realizável no âmbito da situação analítica, e enquanto não obteve sucesso nisso manteve-se à parte, talvez não mais seguro da concordância de ideias com os amigos. [...] Pouco antes de completar sessenta anos de idade sucumbiu a uma anemia perniciosa. É impossível imaginar que a história de nossa ciência o esqueça algum dia. (FREUD, 1933/2010, p. 468, itálicos nossos)

Ferenczi trabalhava com pacientes mais gravemente adoecidos do que Freud. Atendia, com maior frequência, indivíduos que beiravam a psicose e que hoje se enquadrariam no transtorno *borderline*. Além disso, o psicanalista húngaro deu um enfoque maior à teoria do trauma, afirmando que os pacientes traumatizados precisavam receber os cuidados que lhe foram renegados quando crianças, dentro do consultório analítico. Neste contexto específico, a técnica formal se mostrava ineficaz ao tratamento desses indivíduos. O analista frio, distante e calado atrás do divã serviria apenas para (re)traumatizar o paciente já fragilizado, lançando-o, novamente, às agonias do desamparo primário. Ferenczi foi, aos poucos, pensando em novos manejos clínicos que pudessem favorecer a melhora dessas pessoas que o procuravam no ápice de seu sofrimento. Como bem nos disse Freud, “a necessidade de curar e ajudar tornou-se nele predominante” (FREUD, 1933/2010, p. 468).

Ao decorrer de sua obra, é possível percebermos uma série de “experimentos” realizados pelo autor para tratar de seus pacientes fragilizados, porém, uma guinada técnica mais específica, só aparecerá nos seus últimos escritos. Daniel Kupermann (2019) utiliza a expressão “virada de 1928” para apresentar o período que o autor passou a escrever, mais especificamente, seus textos voltados à ética do cuidado e à empatia como requisito imprescindível à prática clínica psicanalítica. Em “A elasticidade da técnica psicanalítica”, Ferenczi (1928) retoma o conceito de tato clínico para, a partir dele, introduzir um conceito bem mais radical e que vai de encontro aos objetivos centrais de nosso artigo: o conceito de empatia (*Einfühlung*). De acordo com Ferenczi, a razão principal para a produção deste ensaio fora a de complementar os “escritos técnicos” de Freud, nos quais “deu-se muita ênfase ao que o psicanalista *não* deveria fazer, deixando-se quase tudo o que se deve fazer de positivo ao tato”. (KUPERMANN, 2019, p. 109, itálicos do autor). Tratava-se, assim, nesse momento

da obra de Ferenczi, de retirar da categoria de tato seu elemento místico, especial e indefinível (KUPERMANN, 2019).

Neste texto de 1928, Ferenczi salienta a importância da análise pessoal para o processo de formação dos psicanalistas, pois, a seu ver, os analistas bem analisados teriam mais acesso aos seus pontos cegos e às suas falhas durante o tratamento de seus pacientes, ampliando, assim, sua disponibilidade sensível para o manejo exigido pela dinâmica transferencial. Ainda que demasiadamente otimista, não deixa de ser instigante o seu projeto de lapidar, por meio de uma formação adequada, a sensibilidade daqueles que se dispõem a cuidar do sofrimento humano (KUPERMANN, 2019). Citamos Ferenczi:

Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de uma questão de *tato* psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. (FERENCZI, 1928/2011, p. 31, itálicos do autor)

Portanto, o “tato psicológico” consistiria no exercício de certas condutas guiadas pela sensibilidade do psicanalista. Nesse sentido, a clínica impera como soberana, pois serão as necessidades do paciente que exigirão do analista qual postura (ou manejo) manter durante o tratamento em questão. Uma análise baseada em aplicar pura e simplesmente o arcabouço teórico sobre o paciente, em nada se aproximaria com a ética do cuidado e o estilo empático preconizados por Ferenczi.

Vale ressaltar, porém, que o próprio “Freud não deixara de alertar Ferenczi para os riscos de alguns analistas se apoiarem no resgate dos elementos sensíveis da clínica para justificar suas arbitrariedades” (KUPERMANN, 2019, p. 110). Aqui, o analista húngaro também aponta as suas ressalvas, salientando que:

Em seu conjunto, todas essas medidas de precaução geram sobre o analisando uma impressão de *bondade*, mesmo se as razões dessa sensibilidade provêm puramente de raízes intelectuais. [...] Não existe nenhuma diferença de natureza *entre o tato que se exige de nós e a exigência moral de não fazer a outrem o que, em circunstâncias análogas, não gostaríamos que outrem nos fizessem*. (FERENCZI, 1928/2011, p. 32, itálicos nossos)

Ora, o que o nosso autor quer dizer, portanto, é que o mínimo que se espera de um bom psicanalista é a sensibilidade para se colocar no lugar do outro e “sentir com” ele a sua dor. Antes de tirar interpretações da cartola, formuladas unicamente com base em conceitos metapsicológicos ou ancorados em jargões, o analista deve considerar, sobretudo, que está diante de um indivíduo humano que traz consigo suas marcas de vida, como uma espécie de cicatrizes que atravessam o corpo psíquico e, por isso, permanecem registradas e repletas de significados afetivos. Delicadeza e afabilidade são algumas das virtudes esperadas de quem se atreve a submergir neste território tão íntimo e particular (a psique humana). Afinal, não devemos fazer com o outro aquilo que não gostaríamos que fizessem conosco – não seria essa a base do significado mais literal de empatia?

Logo, uma análise empática é aquela em que o analista se permite “sentir com” o seu paciente, auxiliando-o a superar episódios que são difíceis de serem superados quando nos vemos sozinhos e desamparados. Isso, de modo algum, significa ser benevolente com os nossos pacientes, mas, implica, sobremaneira, saber ponderar o tanto que deve ser feito pelo outro – neste quesito, a análise do analista é indispensável ao processo.

Ferenczi pagou um alto preço por sua ousadia. Por anos ficou esquecido no meio psicanalítico, devido à difamação que sofreu por parte de Ernest Jones, acusando-o de sofrer demência no final da vida – o que invalidou grande parte de suas ideias. Porém, desde a década de 80 o autor voltou a ser estudado, graças a tradução de seu “Diário clínico” na França, por Judith Dupont, organizado inicialmente por Michael Balint (KAHTUNI & SANCHES, 2009).

É admirável, no entanto, que Zimerman não cite Ferenczi na definição de seu vocábulo “empatia”. Contudo, nossa pesquisa, daqui em diante irá focar no pensamento de dois autores e a forma com que eles trabalham e definem a palavra empatia. Estamos nos referindo a Melanie Klein e Winnicott. Klein, curiosamente, foi analisanda de Sándor Ferenczi de 1912 a 1919, entrando na psicanálise por conta do incentivo pessoal feito por ele, que teve sensibilidade suficiente para perceber o talento de sua paciente. Winnicott, contudo, não cita Ferenczi em seus textos, mas, podemos presumir que tenha tido contato com a obra ferencziana por intermédio de Michael Balint, já que este último fora contemporâneo e amigo pessoal do analista húngaro.

O CONCEITO DE EMPATIA PARA MELANIE KLEIN

Ao realizar uma varredura sistemática na obra de Melanie Klein, encontramos uma possível estruturação do significado de “empatia” em um dos textos mais famosos da autora: “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides”, de 1946. Neste ensaio, ela nos apresenta um de seus conceitos mais cruciais: a “posição esquizoparanoide”. Além disso, é também neste texto que a autora irá mencionar, pela primeira vez, o termo “identificação projetiva”, atribuindo um olhar complementar e enriquecedor à compreensão dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais. É justamente para este conceito que direcionaremos a nossa atenção, a fim de entendermos o uso do termo “empatia” na concepção da autora. Citamos Klein:

Muito do ódio contra partes do *self* é agora dirigido contra a mãe. Isso leva a uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação de objeto agressiva. Sugiro o termo “identificação projetiva” para esses processos. [...] Contudo, não são apenas as partes más do *self* que são expelidas e projetadas, mas também partes boas do *self*. [...] A identificação baseada nesse tipo de projeção uma vez mais influencia de forma vital as relações de objeto. A projeção de sentimentos bons e de partes boas do *self* para dentro da mãe é essencial para habilitar o bebê a desenvolver boas relações de objeto e para integrar o seu ego. (KLEIN, 1946/1996, pp. 27-28)

Identificação projetiva é o nome dado por Klein ao fenômeno psíquico em que o paciente que está na posição esquizoparanoide e, portanto, com o ego fragilizado e cindido, projeta as partes más intoleráveis de si próprio com o objetivo de expulsá-las e controlá-las no interior do objeto que foi alvo de sua projeção. Na identificação projetiva, não é apenas o impulso, mas partes do eu (por exemplo, a boca e o pênis) e produtos corporais (como as fezes e a urina) que se projetam, em fantasia, no objeto externo. Em seu material clínico, Klein demonstrou frequentemente a ação deste mecanismo de defesa. Por exemplo, no registro do seu famoso “caso Dick”, publicado originalmente em 1930, a autora mostrará que Dick, uma criança autista de quatro anos, equiparou seu sadismo às partes más (fezes e urina) e foi isso que ele projetou do interior de sua mãe, a qual passa a ser, então, identificada com essas partes projetadas. Porém, o uso deste mecanismo também pode ocorrer para representar uma espécie de comunicação primitiva e arcaica do paciente com o analista. Por exemplo, a situação de um paciente que se sente sozinho em sua vida cotidiana e tenta, mesmo que inconscientemente, comunicar esse sentimento de solidão ao seu

analista, ficando calado durante todo o tempo da sessão. Este silêncio, por sua vez, fará com que o próprio analista também se sinta só, estabelecendo uma comunicação inconsciente com o paciente, através das projeções realizadas por ele².

As finalidades da identificação projetiva podem ser diversas: livrar-se de uma parte indesejável do próprio eu; controlar o objeto externo por meio das projeções; esvaziamento do ego dos sentimentos angustiantes; exclusão da alteridade e sentimento de responsabilidade – só para citar algumas das principais (SEGAL, 1983).

Entretanto, como bem menciona Klein na citação que apresentamos, a identificação projetiva envolve não apenas as partes do eu que são más, como também aquelas que são sentidas como boas. As partes boas podem ser projetadas com o intuito de se evitar a separação e diminuir os ataques sádicos dirigidos ao objeto, preservando-o dos impulsos de destruição. Essas partes boas são reintrojadas pelo ego do indivíduo que passa, aos poucos, a se integrar, ao mesmo tempo em que diminui a quantidade dessas projeções. Caminhando com Klein, percebemos que quando usamos a expressão “colocar-se no lugar do outro” para nos referirmos à empatia, estamos falando de um processo que envolve a introjeção de uma parte de si no interior de outro alguém, “trata-se de uma parte em experiência de si próprio que é inserida a fim de ganhar-se, em fantasia, a experiência desse outrem” (HINSHELWOOD, 1992, p. 305).

Um dos aspectos mais relevantes dessa identificação projetiva benéfica é que não se dá a perda da realidade, tampouco a confusão de identidade, já que o eu e o outro estão bem definidos em suas bordas limitantes. Este é exatamente o mesmo processo psíquico que ocorre na situação de empatia, na qual uma conscientização apropriada e realista de quem se é e de onde se está permanece intacta, apesar da ação do mecanismo projetivo – o ego e o objeto não se misturam, como ocorre na identificação projetiva patológica, típica dos adoecimentos psicóticos.

² Wilfred Bion foi o grande precursor da expansão do conceito de “identificação projetiva”. Em 1959, Bion publica sua teoria sobre os “ataques aos vínculos”, no artigo *Attacks on linking*, tomando como referência um atendimento realizado por ele em que o paciente parecia nunca ter tido, antes do processo psicanalítico, a oportunidade de direcionar suas identificações projetivas a um ambiente suficientemente acolhedor. O autor enfatiza, portanto, a função do analista como receptor e transformador destas projeções que, indiretamente, indicam uma comunicação inconsciente do analisando (função alfa do analista e a capacidade de *revêrie*).

Em outro trabalho, publicado em um período que indica a maturidade teórica de nossa autora, intitulado “Nosso mundo adulto e suas raízes na infância” de 1959, ela irá escrever:

Quando a ansiedade persecutória é menos intensa e a projeção atribui a outros fundamentalmente bons sentimentos, *tornando-se assim a base da empatia*, a resposta do mundo externo é muito diferente. Todos nós conhecemos pessoas que têm a capacidade de serem queridas. Temos a impressão de que elas têm alguma confiança em nós, e isso evoca um sentimento amistoso de nossa parte. (KLEIN, 1959/1996, p. 292, *itálicos nossos*)

Buscando pelo índice remissivo nas obras da autora, este é o único momento em que Klein faz o uso literal da palavra “empatia”. Apesar de ter apresentado os alicerces teóricos para compreendermos tal conceito no seu texto de 1946, será somente treze anos mais tarde, que a psicanalista irá utilizar a expressão “empatia” propriamente dita. Vale lembrar, também, que ela atrela a empatia aos processos internos de nosso psiquismo, deixando de tecer quaisquer reflexões a respeito da relação analista-paciente. Diferente de Ferenczi, Klein explica que a base do sentimento empático depende, sobretudo, da capacidade do sujeito de introjetar o objeto bom e realizar, a partir de então, projeções dos aspectos bons ao mundo externo. Nesse sentido, pouca importância será dada ao fator ambiental, já que esta introjeção primitiva dependerá da intensidade da ansiedade persecutória que, para Klein, está diretamente atrelada à pulsão de morte que, a seu ver, é de origem constitutiva. Sendo assim, bebês que nascem com uma quantidade menor de pulsão de morte, tendem a realizar o processo de introjeção do bom objeto com mais facilidade, tendo em vista que as projeções dos aspectos maus de seu ego serão feitas em menor escala. Klein, aprofunda e salienta essa noção de destrutividade constitutiva em seu texto histórico “Inveja e gratidão”, publicado em 1957. Para ela, a manifestação da pulsão de morte inata se dá, desde os primórdios, por meio da presença do sentimento de inveja (que impede a fruição e o surgimento da gratidão). Neste ensaio, a psicanalista nos diz, com todas as suas palavras, que “a inveja é uma expressão sádico-oral e sádico-anal de impulsos destrutivos, em atividade desde o começo da vida, e *que tem base constitucional*” (KLEIN, 1957/1996, p. 207, *itálicos nossos*).

Isso posto, a competência para alguém poder sentir empatia por outra pessoa estaria ligada, portanto, à fatores internos e psíquicos atrelados à própria constituição

do indivíduo. O peso do aspecto inato é primordialmente relevante na teoria kleiniana, o que lança a importância do ambiente para o segundo plano – mas sem, todavia, desprezá-la.

Contudo, apesar desses contrapontos, é extremamente interessante a visão da autora sobre a empatia, explicando-a por meio do mecanismo de identificação projetiva. Sob esta ótica, percebemos que a capacidade de se colocar no lugar do outro emerge da nossa própria aptidão de projetar aspectos bons no objeto e reintrojetá-los em nosso próprio eu. Segundo Klein, este mecanismo, quando não é excessivo, desempenha um papel importante para o sentimento de proximidade, pois facilita a capacidade de compreender e contribui, por conseguinte, para a experiência de ser compreendido. É como se guardássemos partes do outro dentro de nós, após termos colocado nossas próprias partes dentro dele, preservando, sobretudo, a primazia da alteridade.

O CONCEITO DE EMPATIA PARA WINNICOTT

No livro “A linguagem de Winnicott” de Jan Abram (2000) não encontramos um item, se quer, a respeito da empatia. Não há sinal do vocábulo nem no sumário central, muito menos no índice remissivo. Levando isso em consideração, nos concentramos em compreender o sentido atribuído à empatia por Winnicott ao longo de seus textos. Acreditamos, especialmente, que o autor inglês trabalhe com este conceito, de forma indireta, mais precisamente nos seus artigos sobre a regressão terapêutica e o manejo clínico. Diferente de Melanie Klein, a empatia terá, para Winnicott, uma fundamentação muito mais direcionada à prática psicanalítica do que um sentido metapsicológico. Entretanto, em um de seus textos basilares a respeito do desenvolvimento maturacional do bebê humano e a ênfase atribuída ao papel da mãe – trata-se, aqui, do artigo “Preocupação materna primária” (1956) – o autor nos dirá:

A mãe que desenvolve o estado que chamei “preocupação materna primária” fornece um *setting* no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida. Não é necessário fazer referência à vida pulsional aqui porque o que estou discutindo tem início antes do estabelecimento de padrões pulsionais. (WINNICOTT, 1956/1988, p. 495)

Afastando-se do pensamento de Melanie Klein, para Winnicott, o bebê nasce em um estado fusional com a sua mãe, ou seja, o autor não trabalha com a existência de um suposto ego precoce e arcaico que possui como mecanismos de defesa principais a cisão e, por conseguinte, a projeção e a introjeção (KLEIN, 1946). Para o pediatra e psicanalista britânico, a mãe é responsável por apresentar o mundo externo ao bebê (que já nasce com uma tendência à integração) em pequenas doses, pois ele se encontra numa condição de dependência absoluta e, portanto, ainda é incapaz de distinguir o que é externo do que é interno. Essa tarefa delicada e precisa, envolve uma série de “identificações cruzadas” que ocorrem entre a criança e a sua mãe (ou com quem exerça essa função). Explico melhor: a mãe se atenta às necessidades da criança e, na medida certa, oferece os cuidados de que ela precisa, sem ser invasiva ou, demasiadamente, ausente. Trata-se, para Winnicott, de uma função exercida naturalmente, que a maioria das mães já conseguem desenvolver, assim que se encontram com as vicissitudes da maternidade. “Fracassos maternos produzem fases de reação à invasão e estas reações interrompem o ‘continuar a ser’ do bebê” (WINNICOTT, 1956/1988, p. 496). Teríamos, nesse sentido, uma noção primária do conceito de “empatia”, pois esses cuidados iniciais e as possíveis identificações cruzadas advindas do encontro do infante com a sua mãe, estariam respaldados, essencialmente, pela capacidade materna de se colocar no lugar do bebê e perceber as suas demandas.

Em outro momento de sua obra, mais precisamente no artigo “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico” publicado, originalmente, em 1955 [1954], o autor nos dirá:

A análise não é apenas um exercício técnico. É algo que nos tornamos capazes de fazer quando um certo estágio na aquisição de uma técnica básica é atingido. O que nos tornamos capazes de fazer permite que cooperamos com o paciente no andamento do *processo*, aquilo que, *para cada paciente, tem seu próprio ritmo e segue seu próprio curso*; todas as características importantes deste processo derivam do paciente e não de nós como analistas. (WINNICOTT, 1955 [1954]/1988, p. 459, *itálicos nossos*)

Ao destacar que cada paciente tem o seu próprio ritmo e segue seu próprio curso, Winnicott prioriza o tempo do indivíduo em análise, colocando, em primeiro lugar, a capacidade do analista de observar este compasso, na medida em que estabelece, gradativamente, uma sintonia com o seu analisando. O que está em implícito, é um estilo empático de se construir a clínica. Na medida em que

respeitamos o tempo de nosso paciente, sem forçar processos ou induzir interpretações, estamos lhe possibilitando um espaço único para que ele “venha a ser”, construindo o seu percurso de desenvolvimento maturacional em primeira pessoa. Isso implica, necessariamente, a competência para se colocar no lugar do outro e identificar as suas necessidades, que variam, frequentemente, de indivíduo para indivíduo – tal como discutimos através do conceito winnicottiano de “preocupação materna primária”.

Winnicott desenvolveu um belíssimo trabalho clínico com pacientes mais comprometidos no sentido psicopatológico. Sua experiência com analisando *borderlines* e psicóticos, lhe permitiu observar as influências do meio sobre o desenvolvimento emocional e psíquico dos indivíduos. O autor prioriza, em sua teoria, o impacto do fator ambiental como sendo basilar ao desenvolvimento humano. Neste sentido, uma mãe ausente ou uma mãe demasiadamente intrusiva poderá provocar rupturas e invasões no psiquismo ainda primitivo do lactente, que terá que criar mecanismos de defesa³ para lidar com as intercorrências externas. O autor nos dirá que devemos sempre ter em mente que a noção de um ser humano saudável e normal implica na capacidade dele “defender seu *self* contra o fracasso ambiental específico através de um *congelamento da situação de fracasso*” (WINNICOTT, 1955 [1954]/1988, p. 463, itálicos do autor).

Longe de defender qualquer utopia, Winnicott está ciente de que todos nós teremos de lidar, em algum momento da vida, com as falhas ambientais, porém, alguns indivíduos terão a capacidade de suportar mais ou menos estes fracassos externos, assim como também existirão falhas mais ou menos graves. O importante, portanto, é que aquele período em que houve a falha, o psiquismo fique congelado esperando pela possibilidade de ser, talvez um dia, descongelado e recuperado pelo próprio indivíduo. Neste aspecto, o autor destaca o papel do psicanalista que deverá oferecer, por meio de um *setting* previsível e seguro, a oportunidade de o paciente regredir aos estágios que ficaram congelados e realizar o seu descongelamento, retomando sua linha de desenvolvimento maturacional. A clínica winnicottiana, neste sentido, significa uma clínica da esperança.

³ Um dos principais mecanismos de defesa apresentado pelo autor é o conceito de falso-*self*. Porém, o espaço e o objetivo de nosso artigo não permitem o aprofundamento deste conteúdo, o que não nos impede, absolutamente, de mencioná-lo.

Dentro deste contexto, fica evidente a necessidade de o analista possuir uma postura empática, atentando-se às necessidades de seus pacientes quando esses estão em seus estados mais regredidos, reconhecendo suas angústias, suportando a sua agonia e sustentando o seu desamparo. Nas palavras do autor:

É como se existisse a expectativa do surgimento de condições favoráveis que justificassem a regressão e oferecessem uma nova chance de desenvolvimento progressivo, tornado impossível, ou dificultado no início, pelo fracasso ambiental. (WINNICOTT, 1955 [1954]/1988, p. 463)

Sendo assim, na medida em que o paciente está regredido (que pode variar desde o tempo de uma única sessão até a duração de longos períodos), “o divã é o analista, as almofadas são os seios, o analista é a mãe em uma certa época passada. No caso extremo, não é mais possível dizer que o divã representa o analista” (WINNICOTT, 1955 [1954]/1988, p. 472, *itálicos do autor*). Winnicott afirma que quando nos referimos aos casos de pacientes regredidos, é errado utilizarmos o termo desejo; no seu lugar, usamos a palavra necessidade. Se um paciente regredido necessita, por exemplo, de um ambiente silencioso, então, sem o oferecimento deste espaço, nada poderá ser feito na análise. Caso a necessidade não é satisfeita, o resultado não é a raiva ou a insatisfação, mas, sim, uma reprodução do fracasso ambiental original que interrompeu os processos de amadurecimento do *self*. Sem dúvidas, este modelo de análise é extremamente difícil de ser praticado, pois exige experiência do analista e disponibilidade para sentir as agonias de seu paciente que se encontra, nos estados de regressão, gravemente debilitado. No que tange a esse vértice o autor tece as seguintes observações:

Não existem razões pelas quais um analista deva querer que um paciente regrida, a não ser razões grosseiramente patológicas. Se um analista gosta que seus pacientes regridam, isto eventualmente deve interferir com o manejo da situação regredida. Além disso, *a psicanálise que envolve uma regressão clínica tem um decorrer muito mais difícil do que aquela na qual não é necessário fazer qualquer provisão ambiental adaptativa especial.* (WINNICOTT, 1955 [1954]/1988, p. 472, *itálicos nossos*)

Oferecer uma provisão ambiental especial ao paciente, demanda do analista, uma quantidade mínima de tato psicológico, por isso, pressupomos que, dificilmente, alguém que não tenha recebido esses cuidados primários, será capaz de prestar ao outro tais cuidados. O fator da análise pessoal se encaixa, nesse campo do debate,

como um item imprescindível ao próprio exercício clínico do psicanalista. Será somente através do processo de análise pessoal que, talvez, o analista que um dia fora vítima de graves falhas ambientais, poderá retomar, em primeira pessoa, o seu caminho de desenvolvimento maturacional. Admitir a própria vulnerabilidade implica na condição de o analista assumir a sua necessidade de cuidado, deixando de lado suas defesas narcísicas e o sentimento de onipotência. Significa, sobretudo, assumir a fragilidade da essência humana e compreender que para cuidarmos de alguém, precisamos estar com os nossos cuidados em dia.

É preciso destacar, porém, que apesar de apresentar um estilo diferenciado de praticar a psicanálise, Winnicott compartilha com Freud a compreensão geral do que seria, efetivamente, o método de tratamento psicanalítico; mais do que isso, o nosso autor britânico considera o método uma herança freudiana que ele carrega no âmago de suas veias – ainda que repense esse método à sua maneira, embora introduza diferentes concepções e até mesmo altere o modelo ontológico de homem, reescrevendo as noções de saúde e adoecimento tais como Freud havia proposto. Numa perspectiva mais geral, o guia da clínica winnicottiana é o estado do paciente em relação ao desenvolvimento de seu processo maturacional, por isso a importância de reinventar a intervenção e o manejo perante as situações de regressão. Citamos Winnicott:

No trabalho que estou apresentando, o analista segue o princípio básico da psicanálise, segundo o qual o inconsciente do paciente conduz e só ele se deve seguir. Ao lidar com uma tendência regressiva, o analista deve estar preparado para seguir o processo inconsciente do paciente, se não quiser ser diretivo e sair fora do papel de analista. *Descobri que não é necessário sair fora do papel de analista e que é possível seguir a direção apontada pelo inconsciente do paciente, tanto neste tipo de caso, quanto na análise da neurose. No entanto, existem diferenças nos dois tipos de trabalho.* (WINNICOTT, 1955-6/1988, p. 485, itálicos meus)

De forma análoga, o nosso autor quer dizer que para ser sensível e adaptar o tratamento às demandas dos pacientes, não é “necessário sair fora do papel de analista”. Isso em nada diminui o valor de uma análise, apenas humaniza o sofrimento de nossos analisandos, dando a eles a oportunidade de ressignificá-lo dentro de um meio mais seguro e previsível. Cabe ainda dizer que o estilo empático de Winnicott certamente é uma das marcas mais expressivas de seu trabalho clínico. Sua sensibilidade ao identificar as misérias e os sofrimentos dos pacientes representa o

verdadeiro sentido de “sentir com” e a autêntica capacidade de se colocar no lugar do outro. Em um ensaio de 1962, o autor escreve:

Em análise se pergunta: *quanto* se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: *quão pouco* é necessário ser feito? [...] Sempre me adapto um pouco às expectativas do indivíduo, de início. Seria desumano não fazê-lo. Ainda assim, me mantenho no sentido de uma análise padrão. (WINNICOTT, 1962/1983, p. 152, itálicos do autor)

Este recorte do pensamento winnicottiano representa o que compreendemos como a ética do cuidado em psicanálise. O analista britânico empreende uma forma diferenciada de exercer a clínica, mas sem descartar as diretrizes principais que fundamentam a prática psicanalítica postulada por Freud. Trata-se de um estilo sensível que coloca o sofrimento do paciente como prioridade e não, simplesmente, utiliza a clínica como coadjuvante diante do nosso vasto arsenal teórico. Para Winnicott, são as necessidades do analisando que direcionam e orientam o trabalho terapêutico. O analista precisa estar vivo, presente, comunicar-se com o paciente de maneira que o paciente se sinta entendido pelo analista. Isto não corresponde a, propriamente, uma atitude simplesmente técnica, mas sim a uma maneira de acompanhar o analisando, disponibilizando um dispositivo de estar-com-o-outro. É interessante que Winnicott se refira a este processo, marcando o fato de que uma psicoterapia corresponde mais a uma sustentação do que a um punhado de interpretações mecânicas que tendem a cair num vazio, quando feitas automaticamente.

À GUIA DE CONCLUIR

No item VII do texto “Psicologia das massas e análise do Eu”, Freud nos dirá:

Já suspeitamos que a ligação recíproca dos indivíduos da massa é da natureza dessa identificação através de algo afetivo importante em comum, e podemos conjecturar que esse algo em comum esteja no tipo de ligação com o líder. Uma outra suspeita nos dirá que *estamos muito longe de haver esgotado o problema da identificação, que nos achamos frente ao processo que a psicologia chama de “empatia”, que participa enormemente na compreensão daquilo que em outras pessoas é alheio ao nosso Eu.* (FREUD, 1921/2011, p. 65, itálicos meus)

Seguindo as considerações freudianas, nossa identificação com determinada figura estaria justificada por conta das introjeções que fazemos de partes desta figura no interior de nosso Eu. Isso explica, por exemplo, a origem do fanatismo de algumas pessoas por líderes ou representantes populares, ao defender a postura do líder, o indivíduo, identificado com ele, passa a assumir como suas, as partes do outro que foram introjetadas no Eu. Na mesma proporção, Freud utilizará a mesma explicação para se referir à empatia. De fato, quando somos empáticos com alguém é como se sentíssemos em nossa própria pele as questões da outra pessoa. Por isso que, cotidianamente, ouvimos expressões oriundas do senso comum que dizem: “coloque-se no lugar do outro”. Entretanto, só seremos capazes de fazer isso, na concepção freudiana, ao introjetar partes desse outro em nosso Eu e, ao passo em que introjetamos, nos identificamos com elas.

Melanie Klein nos dirá que a empatia é o fenômeno que surge após a ocorrência de identificações projetivas e introjetivas benéficas, configurando um esboço de mundo interno composto por partes do Eu e do outro, com a ausência de confusão entre sujeito e objeto, ou seja, o sentimento de alteridade permanece mantido. Fica evidente, portanto, que a explicação de Klein para o sentimento de empatia se aproxima dos pressupostos de Freud, o que a torna uma grande herdeira de suas ideias e legado – já que temos, aqui, um fenômeno interno, constitucional e intrapsíquico, defendido por Freud desde a publicação dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade infantil”, de 1905.

Por outro lado, Winnicott, ao trabalhar, mesmo que indiretamente, com a noção de empatia no contexto clínico, se aproxima mais do pensamento de Sándor Ferenczi⁴ e dos princípios de uma ética do cuidado na prática terapêutica. Ao apontar as necessidades de um paciente em estado de regressão, o autor britânico transforma o papel de atuação do analista que deve, em certa medida, adaptar-se ao analisando, sem correr o risco de confundir esta flexibilidade com benevolência – o que exige, necessariamente, um bom processo de análise pessoal do próprio psicoterapeuta.

⁴ Em seu Diário Clínico, Sándor Ferenczi escreve: “*Estar só conduz à clivagem. A presença de alguém com que se possa compartilhar e a quem se possa comunicar a alegria e o sofrimento (amor e compreensão), cura o trauma. A personalidade é reunificada, curada*”. (Ferenczi, 1932/1990, p. 248, itálicos do autor). Neste trecho, percebemos, claramente, a noção de cuidado do autor, tendo em vista uma presença empática do analista que tenha como objetivo principal juntar os pedaços do Eu do paciente – destruído pela experiência traumática.

É interessante observar, entretanto, que apesar de divergentes, as construções teóricas não se anulam. Pelo contrário, se complementam e enriquecem a nossa compreensão para uma ética que anda tão em desuso na atualidade: a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro.

Enquanto eu escrevia essa parte final do texto, fui acometido pela lembrança de um dos primeiros pacientes que atendi logo no início da minha atividade clínica. Tratava-se de um adolescente de quinze anos, que estava sofrendo por conta das escolhas futuras da vida, pelo sentimento de incerteza e uma forte ansiedade. Contudo, apesar deste sofrimento latente, facilmente observável em seu semblante, esse paciente não se comunicava comigo ou, quando o fazia, era minimamente. Chegava com os seus fones de ouvido, deitava-se no divã e passava a maior parte do tempo ouvindo suas músicas, mantendo-se de costas para mim. Com medo de ser invasivo, pois sabia que ele estava ali por conta da imposição de seus pais – o que já implicava, por si só, em um atravessamento da questão transferencial –, permiti que ele permanecesse nesta “posição” por um período equivalente a quase dois meses de sessões. É óbvio que aquele silêncio me incomodava demasiadamente, pois eu me sentia impotente perante a sua demanda – podíamos, aqui, compreender uma forma de comunicação silenciosa através do conceito kleiniano de identificação projetiva, ou seja, eu, de alguma maneira, sentia na pele a sensação de impotência que pertencia ao meu paciente, mas que não era compartilhada abertamente comigo (pela via da fala).

No artigo intitulado, “A observação de bebês em uma situação estabelecida”, de 1941, encontramos o que considero ser o estilo clínico do pensamento de Winnicott. Vejamos:

Nas observações em uma situação estabelecida, Winnicott recebia o bebê com sua mãe. Fincava uma espátula na mesa, de modo que ela ficasse entre ele, o bebê e sua mãe. Fazia-a vibrar, e aguardava o gesto da criança. Ele observou que, com diferentes crianças, um determinado perfil de comportamento ocorria frente à espátula, naquela situação. No primeiro momento, denominado por ele de “período de hesitação”, observou que o bebê apesar de parecer estar interessado na espátula, não a tocava e nem a apanhava. Em um segundo momento, se a criança não era invadida por Winnicott ou por sua mãe, a hesitação era superada. O bebê, então, apropriava-se da espátula e realizava algum tipo de jogo com ela. A criança desinteressava-se por este objeto e iniciava um jogo em que se livrava da espátula, para em seguida recuperá-la. Essa atividade durava algum tempo, até que Winnicott finalizava a consulta, pois, para ele, esse último período significava que a criança estava pronta para ir embora. Ela já havia tido uma experiência completa. Segundo Winnicott, a experiência completa dava ao

bebê o que ele denominou de lição de objeto. Desse modo, o fato de a criança querer, tomar e apropriar-se da espátula sem alterar o meio ambiente imediato situava-a de maneira distinta em seu sentido de *self*. Havia ocorrido uma experiência que a tinha transformado. (SAFRA, 1999, n.p.)

Esse fenômeno sempre se repetia com diferentes bebês, a não ser que a criança tivesse algum tipo de inibição; neste caso, o período de hesitação era mais longo e era acompanhado de manifestações psicossomáticas e/ou de extremas ansiedades. “Winnicott tratava dessas crianças, simplesmente, aguardando o desenrolar do período de hesitação, até o momento em que o bebê apropriava-se da espátula, o que levava à superação da inibição ou da problemática psicossomática da criança” (SAFRA, 1999, n.p.). O bebê tinha a oportunidade de criar o mundo e a si mesmo. A espera de Winnicott nessa observação, mostra-nos a importância da presença do analista intervindo com a sustentação da situação clínica no tempo, oferecendo as condições possíveis para o aparecimento do gesto criativo do paciente, aguardando o momento exato de arriscar uma intervenção (ou não). Se, todavia, somos tomados por nossa própria ansiedade e o desejo precipitado de promover mudanças imediatas no paciente, podemos, infelizmente, repetir a intrusão experienciada originalmente pelo indivíduo em outro momento de sua vida – aqui, mesmo que de modo indireto, também caminhamos ao encontro do conceito de empatia.

Foi me baseando nesse pensamento clínico que optei por esperar o tempo do meu paciente adolescente. Até que um dia, em que eu já havia percebido certa confiança dele no *setting* terapêutico e em mim, decidi arriscar uma intervenção, levando em consideração, ainda, que ele parecia estar cada vez mais relaxado no ambiente do meu consultório. Disse a ele que gostava bastante das músicas que ele ouvia em seu fone de ouvido. Ele, surpreso, admirou-se pelo fato de eu conhecer alguma coisa do seu estilo musical. Com isso, começamos a conversar e eu lhe informei que, na idade dele, eu também possuía muitas angústias ligadas às improbabilidades da vida. Isso foi o divisor de águas em nossas sessões, pois saber que o seu analista também já havia sofrido com as questões que o faziam sofrer, possibilitou que ele compartilhasse sua rotina comigo, expandindo as nossas vias de comunicação e trocas.

Sabemos que os nossos pacientes, na maior parte das vezes, carregam consigo histórias traumáticas derivadas de um ambiente desequilibrado e repleto de

ausências. Essas falhas ambientais, como vimos com Winnicott, provocam congelamentos no processo de desenvolvimento maturacional que atravessam, direta ou indiretamente, a atmosfera clínica e surgem em nosso percurso como um desafio de desconstrução das nossas próprias certezas, pois, nesse cenário, será a necessidade do outro que indicará o rumo que temos que tomar para a direção do tratamento.

Mais do que simplesmente salientar as discordâncias teóricas dos autores que trabalhamos, é importante, sobretudo, ressaltar a relevância de uma prática terapêutica guiada pelo estilo empático; seja ela ancorada no conceito de Melanie Klein, voltado para o mundo interno e os mecanismos de identificação projetiva; seja guiada pelo fazer clínico de Winnicott. Perceber que os grandes pensadores da psicanálise propuseram modelos significativos de entendermos as bases da empatia, pode ser um bom começo para refletirmos acerca da importância de seu uso em nosso próprio trabalho. Uma demanda que cresce na medida em que lidamos com pacientes cada vez mais fragilizados por conta das imposições externas de um mundo excludente e insensível ao sofrimento do outro.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- BION, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, n. 40, pp. 308-315.
- FERENCZI, S. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In *Obras Completas, volume IV*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.
- FREUD, S. (1921). Psicologia das massas e análise do Eu. In *Obras Completas, volume 15 (1920-1923)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- FREUD, S. (1933). Sándor Ferenczi. In *Obras Completas, volume 18 (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- HINSHELWOOD, R. D. *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- KLEIN, M. (1957). Inveja e gratidão. In *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- KLEIN, M. (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- KUPERMANN, D. (2019). *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagodoni.
- SAFRA, G. (1999). A clínica em Winnicott. *Nat. hum.*, São Paulo, v. 1, n. 1, pp. 91-101, jun. 1999.
- SEGAL, H. *As ideias de Melanie Klein*. São Paulo: Cultrix (Editora da USP), 1983.
- WINNICOTT, D. W. (1955 [1954]). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.
- WINNICOTT, D. W. (1955-6). Variedades clínicas da transferência. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.
- WINNICOTT, D. W. (1956). Preocupação materna primária. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.
- WINNICOTT, D. W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- ZIMERMANN, D. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

EMPATHY IN PSYCHOANALYTIC CLINIC: A FOCUS ON KLEIN AND WINNICOTT'S THEORY

ABSTRACT

It is intended, of this article, is to discuss some of the central aspects of the concept of empathy in psychoanalysis, taking into account, above all, its origin and its use in the theory of Melanie Klein and Donald Winnicott. To this end, we begin the text with a brief historical path, discussing the importance of Sándor Ferenczi and his inaugural contributions to the theme. Then, we present Melanie Klein's understanding of empathy, seen as a process resulting from the projective identification mechanism. We proceeded, shortly after, with the notion of empathy in the clinical field for Winnicott. And, finally, we weave possible approaches (and distances) between the ideas of these authors.

KEYWORDS: Psychoanalysis. Empathy. Melanie Klein. Winnicott. Clinic.

L'EMPATHIE DANS LA CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE: UN FOCUS SUR LA THÉORIE DE KLEIN ET WINNICOTT

RÉSUMÉ

Le but de cet article est de discuter de certains des aspects centraux du concept d'empathie en psychanalyse, en prenant surtout en compte son origine et son utilisation dans la théorie de Melanie Klein et Donald Winnicott. À cette fin, nous commençons le texte par un bref chemin historique, discutant de l'importance de Sándor Ferenczi et de ses contributions inaugurales au thème. Ensuite, nous présentons la compréhension de Melanie Klein de l'empathie, vue comme un processus résultant du mécanisme d'identification projective. Nous avons procédé, peu de temps après, à la notion d'empathie dans le domaine clinique pour Winnicott. Et enfin, nous tissons des approches (et des distances) possibles entre les idées de ces auteurs.

MOTS-CLÉS: Psychanalyse. Empathie. Melanie Klein. Winnicott. Clinique.

RECEBIDO EM 26/10/2020

ACEITO EM 25/03/2021

© 2020 Psicanálise & Barroco em revista

<http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/index>

revista@psicanaliseebarroco.pro.br

Departamento de Fundamentos da Educação – DFE/UNIRIO