



Eduardo Cavalcanti de Medeiros

**A problemática do trauma:
aspectos teóricos e clínicos**

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

Rio de Janeiro
Abril de 2020.



Eduardo Cavalcanti de Medeiros

**A problemática do trauma:
aspectos teóricos e clínicos**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo

Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

Orientador

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Daniela Romão Barbuto Dias

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Octavio Almeida de Souza

Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ

Profa. Eliana Schueler Reis

Faculdade Angel Vianna - FAV

Prof. Daniel Kupermann

Instituto de Psicologia - USP

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2020.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

Eduardo Cavalcanti de Medeiros

Graduou-se em Psicologia em 2012 pela PUC-Rio. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Rio em 2015; bolsista CAPES durante o mestrado e bolsista FAPERJ Nota 10 durante o doutorado (2018 e 2019). Membro do EBEP-Rio e membro do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi. Atua como psicólogo clínico desde 2012.

Ficha Catalográfica

Medeiros, Eduardo Cavalcanti de

A problemática do trauma: aspectos teóricos e clínicos / Eduardo Cavalcanti de Medeiros; orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior. – 2020.

179 f.; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2020.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Trauma. 3. Regressão. 4. Manejo. 5. Clivagem. 6. Clínica psicanalítica. I. Peixoto Junior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

A FAPERJ e ao Departamento do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Augusto Peixoto Junior por sua valiosa orientação, sempre cuidadosa, precisa e instigante. Além do apoio e estímulo durante os últimos meses de escrita desse trabalho.

Aos professores, Octavio Souza, Daniel Kupermann, Eliana Schueler Reis, Daniela Romão, Isabel Fortes e Renata Mello, que aceitaram participar da Comissão Examinadora, e que acompanham o meu percurso ao longo dos anos.

A Casa Verde Núcleo de Assistência em Saúde Mental pelo constante apoio, confiança e, sobretudo, pelo espaço criativo onde é possível, dentro de um coletivo de encontros, criar uma expressão singular.

Aos meus pais, familiares e amigos pela compreensão, suporte e acolhimento.

Ao Paulo Blank, pela instigante investigação utraquista da psicanálise.

Um agradecimento especial à Marinela Padovani Marques Porto e Santos pela parceria sincera, sem a qual esse trabalho não seria possível.

Resumo

Medeiros, Eduardo Cavalcanti; Peixoto Junior, Carlos Augusto (orientador). **A problemática do trauma: aspectos teóricos e clínicos**. Rio de Janeiro, 2020, 179 p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente trabalho tem como objetivo investigar a problemática do trauma a partir do paradigma inaugurado pelas contribuições teórico-clínicas de Sándor Ferenczi, e que foram, posteriormente, desenvolvidas por Michael Balint e Donald Winnicott. Para isso, na primeira parte desse trabalho, apresentaremos as noções de trauma, nas perspectivas teóricas de Sigmund Freud e de Ferenczi, destacando as suas principais diferenças. A partir da compreensão ferencziana do trauma, abordaremos as principais modificações técnicas propostas pelo autor. Essas modificações serão tomadas como base para discutirmos, na segunda parte, a maneira pela qual Balint redefine a teoria sobre os primórdios da constituição subjetiva, principalmente, a partir das definições de *amor primário* e de *falha básica*. Essas concepções implicarão em uma revisão da técnica psicanalítica, no sentido de reconhecer e manejar fenômenos clínicos que remetem aos momentos iniciais de subjetivação. Na terceira parte, apresentaremos a compreensão de Winnicott sobre a experiência traumática, entendida como reação às falhas ambientais, assim como a compreensão de seus efeitos no processo de amadurecimento emocional. Além disso, discutiremos a maneira pela qual Winnicott define o espaço analítico, o manejo das regressões e o uso das interpretações. Por fim, na quarta parte desse trabalho, destacaremos, a partir desses três autores, alguns elementos que podem ser tomados como coordenadas teórico-clínicas para pensarmos a especificidade de uma clínica do trauma.

Palavras-chave

Trauma; regressão; manejo; clivagem; clínica psicanalítica.

Abstract

Medeiros, Eduardo Cavalcanti; Peixoto Junior, Carlos Augusto (Advisor). **Discussing trauma: theoretical and clinical aspects**. Rio de Janeiro, 2020, 179 p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Our investigation aims to research how the notion of trauma was described in Sándor Ferenczi's works and to relate his contributions to Michael Balint and Donald Winnicott's later developments. To achieve this objective, in the first part of this investigation, we will introduce the notion of trauma in both Sigmund Freud and Ferenczi's works, aiming to highlight their key differences. We will then discuss the main technical adjustments proposed by Ferenczi. Based on this discussion, in the second part, we will investigate the manner through which Balint redefines the early moments of the constitution of subjectivity, based mainly on his notions of *primary love* and *basic fault*. This new approach will lead us to a revision of the psychoanalytic technique, whereby the identification and clinical handling of clinical phenomena are referred to the early moments of the constitution of the ego. In the third part, we will discuss Winnicott's understanding of the traumatic experience, conceived as a reaction to environmental flaws, as well as the effects that these flaws will have on the process of emotional maturation. We will study the manner through which Winnicott defines the analytical setting, clinical handling of regressions in analysis and the use of interpretations. Finally, in the fourth part of this thesis, we aim to extract, from these authors, key elements that could be used as theoretical and clinical references for defining the specificities regarding the approach of cases pertaining to early trauma in psychoanalysis.

Keywords

Trauma; regression; clinical handling; splitting; psychoanalytic clinic.

Sumário

1. Introdução	8
2. Trauma em Ferenczi: seus efeitos patológicos e as modificações na técnica	12
2.1 As concepções de trauma na teoria freudiana	13
2.2 Técnica ativa: impasses clínicos e repetições em análise	19
2.3 <i>Laisser-faire</i> e o “sentir com” (<i>Einfühlung</i>): uma revisão da técnica psicanalítica	27
2.4 A perspectiva relacional da experiência traumática	37
2.5 Regressões em análise e o seu manejo clínico	43
3. Trauma em Michael Balint: o manejo clínico no nível da falha básica	51
3.1 Balint e a análise dos “casos difíceis”	51
3.2 Amor primário e falha básica	58
3.3 Ocnofilia e filobatismo	67
3.4 Regressão e novo começo	74
4. Trauma em Donald Winnicott: reações às falhas e manejo clínico	86
4.1 Teoria sobre o processo de amadurecimento emocional	87
4.2 Trauma, agonias impensáveis e <i>false self</i> patológico	101
4.3 <i> Holding</i> , regressão à dependência e confiabilidade	114
5. Elementos para uma clínica do trauma: coordenadas teóricas e clínicas	128
5.1 Adaptação ativa e reações às falhas: qualidades e funções do ambiente	129
5.2 O manejo das regressões em análise e as funções do analista	140
5.3 O par conceitual sinceridade-confiança: a autenticidade no encontro analítico	148
6. Considerações finais	162
7. Referências bibliográficas	167

Introdução

O cenário contemporâneo nos confronta, cada vez mais, com situações clínicas cuja dinâmica nos exige flexibilidade em relação às recomendações de Freud para a técnica psicanalítica. Com bastante frequência, acompanhamos, em nossos consultórios, situações nas quais pacientes relatam fenômenos que nos surpreendem, tais como: a sensação de estarem ficando loucos; manifestações de estranhas sensações corporais; queixas de profundos sentimentos de vazio e de falta de sentido na vida; agressões físicas infligidas a si mesmos; pensamentos persecutórios atormentadores; expressões afetivas vividas intensamente. Nesses momentos, tendemos a oferecer sessões a mais, a estender o tempo das sessões, a acompanhar o paciente “mais de perto” por meio de ligações telefônicas e, em certas situações, conversamos com os familiares e com outros profissionais que, eventualmente, acompanhem o paciente.

Frequentes discussões têm surgido, entre psicanalistas, acerca dessas questões clínicas, principalmente em relação à dificuldade que encontramos em delimitar o quadro clínico desses pacientes. É comum que essas discussões nos conduzam até uma dúvida recorrente: estaríamos diante de pacientes neuróticos, que apresentam fenômenos psicóticos, ou diante de pacientes psicóticos com alguma organização psíquica que se assemelha à neurose? Podemos nos interrogar, então, sobre a existência, cada vez mais constante, de pacientes cujo sofrimento não pode ser referido a uma organização psíquica que se enquadre em uma concepção mais rigidamente estruturada de neurose, psicose ou perversão (Peixoto Junior, 2013).

Estamos de acordo com Souza (2003), quando o autor afirma que os impasses à técnica psicanalítica clássica estão atrelados ao atual aumento da incidência de quadros clínicos não neuróticos, como os *borderlines*, psicóticos e casos de psicossomática. Em outras palavras, o cenário contemporâneo é constituído por pacientes cujo sofrimento psíquico se encontra fora do *modelo da neurose*, ou seja, um sofrimento que não traz a marca da *conflitualidade* e cujo dinamismo psíquico não se encontra balizado hegemonicamente pela *lógica do recalque*. Em contrapartida, o sofrimento expresso nesses casos diz respeito à

“repetição de experiências traumáticas [...] e a adoção de defesas primárias e empobrecedoras [...] que nada deve ao retorno do recalçado” (Souza, 2013, p. 24).

Segundo Garcia (2010) os quadros clínicos que compõe o cenário contemporâneo são compostos por subjetividades marcadas por uma constituição psíquica - narcísica e dos processos de simbolização – cujo sofrimento se expressa, sobretudo, por constantes ameaças de desintegração e aniquilamento do eu, que podem se manifestar por intensas sensações de despedaçamento e despersonalização. Em decorrência desse conjunto de experiências subjetivas, a autora sinaliza que esses pacientes se diferenciam bastante daqueles com os quais o campo psicanalítico se deparava no século passado, uma vez que as interpretações, por exemplo, podem intensificar a sensação de intrusão e o silêncio do analista pode ser vivenciado como uma ameaça de morte. Essas características, que compõem o quadro de pacientes não neuróticos, colocam uma série de questões acerca dos limites da técnica psicanalítica, exigindo, assim, importantes remanejamentos.

Segundo Souza (2013), essa problemática, trazida pelos quadros clínicos contemporâneos, está ligada às falhas nos processos iniciais de simbolização, o que, por sua vez, requer importantes reformulações, tanto da técnica psicanalítica como da compreensão teórica acerca da constituição subjetiva. Decerto, dentro da perspectiva objetal-relacional, à qual a nossa investigação está referida, há uma vasta bibliografia psicanalítica sobre às falhas ambientais, que se configuram como experiências traumáticas ainda nos primórdios da constituição subjetiva. Assim, faz-se necessário uma melhor delimitação da abordagem teórica que pretendemos priorizar.

Tendo em vista essa exigência, iremos situar a problemática do trauma a partir de três concepções-chaves que encontramos nos últimos trabalhos de Sándor Ferenczi, a saber: o destaque dado ao ambiente enquanto fator traumático fundamental; as clivagens como defesas primitivas que visam à supressão da experiência traumática; e a regressão como principal ferramenta terapêutica. Esse aporte teórico-clínico ferencziano será o ponto de partida para podermos buscar, nas obras de Michael Balint e Donald Winnicott, outros importantes elementos para a delimitação da problemática do trauma e para o seu manejo clínico. Apesar das

diferenças conceituais desses autores, entendemos que as suas respectivas obras podem nos oferecer valiosas ferramentas e chaves de compreensão para uma clínica do trauma. Em outras palavras, o objetivo de nossa investigação é extrair, a partir desses autores, subsídios teóricos para refletir sobre a prática psicanalítica com pacientes severamente traumatizados. Para isso, investigaremos as teorizações acerca dos primórdios da constituição subjetiva e as modificações no dispositivo analítico que se fazem necessárias para a constituição de uma clínica do trauma.

Considerando esse objetivo, dividimos a tese em quatro capítulos. No primeiro capítulo, nos concentraremos nas concepções de Ferenczi a respeito do trauma e do seu manejo clínico. Inicialmente, antes de discutirmos a teoria de Ferenczi, apresentaremos como a noção de trauma foi pensada ao longo da obra de Sigmund Freud. Assim, abordaremos o abandono de Freud de sua teoria da sedução, para uma concepção do trauma, a partir da década de 1920, pautada no excesso pulsional, característico da pulsão de morte.

Nessa mesma década, Ferenczi, inspirado pela temática da repetição, explora uma série de modificações na técnica. Além de discutirmos as suas investigações sobre a técnica ativa e, posteriormente, sobre princípio de relaxamento e a neocatarse, apresentaremos os subsídios clínicos que embasaram Ferenczi em sua concepção sobre a experiência traumática e sobre o seu manejo clínico. Do aporte teórico-clínico de Ferenczi, o nosso enfoque será na ênfase que o psicanalista húngaro atribui ao ambiente, enquanto fator determinante, para o processo traumático, bem como para pensarmos a posição do analista no manejo das regressões em análise. Nesse sentido, destacaremos certas noções, que entendemos serem cruciais para a discussão das coordenadas técnicas no atendimento de pacientes severamente traumatizados.

No segundo capítulo, discutiremos a concepção teórico-clínica de Balint que, na esteira das inovações técnicas de Ferenczi, rediscute o papel do analista e sua presença no *setting* e, sobretudo, a importância do ambiente e das relações objetais primitivas na constituição das futuras relações objetais. Assim, apresentaremos a maneira como Balint pensa os estágios mais iniciais das relações objetais, a partir de sua noção de *amor primário*, para, em seguida, nos determos em sua concepção sobre a *falha básica*. Essas formulações nos servirão de base

para detalharmos como Balint pensa o papel do analista, em suas funções de acolhimento e de manutenção, no *setting*, de uma atmosfera sincera, inofensiva e tolerante. Além disso, Balint nos oferece importantes ferramentas conceituais para identificar e manejar os fenômenos regressivos. Nesse sentido, apresentaremos a distinção que o autor estabelece entre regressões benignas e regressões malignas, bem como a sua compreensão do trabalho analítico em dois níveis: no nível edipiano e no nível da falha básica. Essas distinções nos oferecem importantes referências, tanto para o reconhecimento dos fenômenos regressivos, como para o seu manejo clínico.

No capítulo seguinte, veremos como Winnicott, à sua maneira, desenvolveu muitos aspectos do estilo clínico ferenciano, dentre eles, a importância da *adaptação ativa do ambiente* e da *regressão* terapêutica. Assim, partiremos da sua concepção do amadurecimento emocional primitivo, para elucidar como o psicanalista inglês pensa as falhas decorrentes de um ambiente que foi incapaz de se adaptar às necessidades dos estágios mais iniciais de *dependência*, sobretudo, em sua função de *holding*. O aporte teórico de Winnicott acerca dos primórdios da subjetivação nos permitirá pensar as experiências traumáticas como reações às falhas ambientais, que podem produzir severas distorções na organização egóica do bebê. Na clínica, veremos como Winnicott pensa a regressão terapêutica como ferramenta clínica indispensável ao tratamento de pacientes severamente traumatizados – *borderlines* e psicóticos -, pois a regressão para estes representa a esperança de uma nova chance. Nessa investigação sobre a compreensão winnicottiana das regressões em análise, destacaremos as suas concepções sobre o manejo e sobre o uso das interpretações.

Por fim, no quarto capítulo, buscaremos extrair, da mudança de paradigma inaugurada pelas contribuições teórico-clínicas de Ferenczi, e, posteriormente, desenvolvidas por Balint e Winnicott, alguns elementos para pensarmos a especificidade da clínica do trauma. Nesse capítulo destacaremos, a partir das reformulações teóricas e técnicas destes autores, coordenadas que avaliamos serem cruciais para a especificidade do atendimento nesses casos. Delimitaremos, entre elas, as seguintes noções: a importância da adaptação do analista ao paciente; o reconhecimento e o manejo das regressões em análise; e a manutenção de uma atmosfera analítica pautada na confiança e na sinceridade.

2. Trauma em Ferenczi: seus efeitos patológicos e as modificações na técnica

A teorização de Ferenczi sobre o trauma surge a partir dos impasses técnicos encontrados, pelo psicanalista húngaro, na virada da década de 1920. Atento à repetição traumática que pode acontecer na situação analítica, Ferenczi experimenta diversas modificações na técnica psicanalítica, o que lhe permite entrar em contato com certos fenômenos clínicos, que irão embasar a sua revisão sobre a teoria do trauma.

Nessa revisão, Ferenczi privilegiou os aspectos ambientais e relacionais em detrimento de uma leitura, fundamentalmente, intrapsíquica. Essa formulação se encontra, justamente, na base de sua valorização da *adaptação* e do *acolhimento*, por parte do analista/ambiente, das manifestações oriundas de repetições traumáticas vividas pelo paciente. Além de modificar a técnica para o atendimento de pacientes severamente traumatizados, Ferenczi apresenta uma nova compreensão sobre os mecanismos de defesa que atuam no processo traumático, cujos efeitos se perpetuam pela vida do paciente.

As bases teóricas sobre a sua teoria do trauma foram apresentadas no artigo “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933), onde a partir de sua definição de *confusão de línguas*, o trauma passa a ser entendido em uma perspectiva relacional. Nesse sentido, o trauma desestruturante se constitui na relação entre as atitudes passionais dos adultos e a ternura da criança, que podem se dar sob a forma da sedução do adulto, da violência física que este dirige ao infante (sob a forma de punição), do terrorismo do sofrimento, e, ainda, dos efeitos traumáticos do *desmentido*.

Essa abordagem apresentada por Ferenczi recebeu inúmeras críticas, inclusive, de Freud, que enxergava, nessa concepção, um retorno à sua teoria da sedução. Por conta desse mal entendido entre os dois psicanalistas, antes de apresentarmos a teoria ferencziana, faz-se necessário uma revisão das concepções teóricas de Freud sobre o trauma.

2.1 As concepções de trauma na teoria freudiana

As primeiras investigações de Sigmund Freud sobre o trauma são indissociáveis de sua experiência com Jean-Martin Charcot, em Salpêtrière, entre os anos de 1885 e 1886. Nesse período, Freud entra em contato com as pesquisas de Charcot acerca do quadro clínico da histeria e de seus experimentos com a hipnose. Para Charcot, a histeria deveria ser classificada como uma doença caracterizada por uma perturbação funcional do sistema nervoso e de causa hereditária. A carga hereditária faria com que certos indivíduos tivessem uma predisposição à histeria, que poderia ser desencadeada a partir de um *agent provocateur* de natureza física, emocional ou traumática¹.

Além dos notórios experimentos de Charcot com a hipnose, podemos citar Pierre Janet como outro importante autor cujos trabalhos influenciaram as primeiras publicações de Freud sobre as neuroses. Em 1889, Charcot convida Janet para ingressar na Salpêtrière e, no ano seguinte, coordenar o Laboratório de Psicologia Experimental cujas pesquisas buscavam entender certos fenômenos como os tranSES hipnóticos, o sonambulismo, os casos de personalidades múltiplas e os casos de histeria. A tese central de Janet consiste na ideia de que há no *eu* uma capacidade de síntese mental, e que esta garantiria o seu funcionamento unitário. Os fenômenos de dissociação psíquica característicos da histeria, apontariam, portanto, para um comprometimento dessa capacidade de síntese e para um funcionamento fragmentado. Nestes casos, a dissociação produziria um estreitamento do campo da consciência, mantendo à parte, em uma *double conscience*, toda uma série de experiências. Janet dá continuidade à vinculação que Charcot estabelece entre histeria e degenerescência², e defende a ideia de que a falha da capacidade de

¹ A forma clínica do “grande ataque histérico” – expressão completa da condição mórbida subjacente: curto período prodromico “aura histérica”, primeira fase epileptoide, período do *clownismo*, terceira etapa das atitudes passionais, resolução em um período de delírio; todas as outras expressões seriam *formes frustrées* ou *petite hystérie*; seriam aquelas onde uma ou mais fases são omitidas, aparecem fora de ordem ou são muito brandas. Remetemos o leitor ao verbete “Histeria” extraído do *Larousse Médical Illustré* (1912) publicado em “Histeria” organizado por Manoel Tosta Berlinck (1997).

² A teoria da degenerescência foi introduzida por Bénédicte-Augustin Morel (1809-1873), em 1857, no *Traité des dégénérescences* (Tratado das degenerescências), onde apresenta a ideia de que o degenerado possui um desvio doentio, que é transmissível, e que, ao longo da vida, torna-se cada vez mais incapaz de cumprir a sua função na humanidade, tanto intelectualmente como socialmente. Para uma investigação mais detalhada, remeto o leitor ao artigo “O degenerado” (2010) de Octavio Domont de Serpa Jr.

síntese, que manteria a unidade do eu, pressuporia uma deficiência inata, ou seja, o indivíduo deveria trazer em sua base constitutiva a marca da degeneração.

Tomando como ponto de partida os estudos de Charcot e de Janet sobre a etiologia da histeria e sobre os estados dissociados, Freud busca lançar uma nova luz sobre essa discussão a partir da concepção de trauma psíquico. Os principais trabalhos desse período são “As neuropsicoses de defesa” (1894), “Estudos sobre Histeria” (1895) e “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896), nos quais podemos acompanhar o esforço de Freud em delimitar as causas desencadeadoras dos sintomas neuróticos a partir da ideia de defesa. Assim, a partir de um trauma psíquico, este definido como um determinado tipo de experiência que pudesse evocar afetos aflitivos, tais como o susto, angústia, vergonha ou dor física, o *eu* se defenderia através da conversão, do deslocamento ou da projeção. Cada uma dessas modalidades de defesa estaria associada, respectivamente, aos quadros clínicos de histeria, neurose obsessiva e paranoia. Nesses trabalhos, podemos notar que Freud, mesmo buscando outros elementos para a definição da etiologia da neurose, ainda mantém aberta a hipótese de uma predisposição hereditária às neuroses, porém, a desvincula da noção de degenerescência³. Essa hipótese da predisposição hereditária à neurose irá perder força, progressivamente, com a crescente constatação do papel central da sexualidade e do efeito *a posteriori* (*Natürlichkeit*) dos traços mnêmicos recalçados.

Nos “Estudos sobre Histeria”, obra publicada no ano de 1895 em conjunto com Breuer, Freud apresenta, a partir da discussão de diversos casos clínicos, o caráter sexual da experiência traumática. Nessa concepção, há uma experiência sedutora/sexual imposta à criança por um adulto, onde a criança, ainda em um período pré-sexual, se encontra em uma posição de passividade em relação à atividade do adulto (Freud, 1895/1995). Uma vez que a criança não compreende o evento vivido como sendo da ordem da sexualidade, este permaneceria apenas inscrito em sua memória, e em um segundo momento, poderia ser ressignificado como uma experiência sexual. Esse segundo tempo, frequentemente, se dá na

³ Na discussão do caso sobre Emmy Von N. (1895), Freud relata que se tratava de uma mulher admirável, com seriedade moral e inteligência que não eram inferiores às de nenhum homem; e que descrevê-la como “degenerada” seria uma distorção do significado desse termo. Ele conclui que fariamos bem em distinguir o conceito de “predisposição” do de “degenerescência, uma vez que não vê na história de Emmy “nenhum sinal da ‘ineficiência psíquica’ à qual Janet atribui a gênese da histeria” (Freud, 1895/1995, p. 131).

puberdade, onde já haveria a compreensão da sexualidade e o corpo já teria as condições para responder às excitações sexuais. Nesse sentido, a segunda cena, muitas vezes anódina, evoca a primeira cena por traços associativos, ressignificando-a como sexual e produzindo, como efeito da ação da defesa, os sintomas histéricos. Em termos econômicos, o excesso de energia e a impossibilidade de ab-reação criariam uma situação na qual o evento acontecido permaneceria na memória, com o afeto represado e estrangulado. Aqui há, portanto, aqui, uma dissociação onde a representação do evento não se encontra mais atrelada ao afeto correspondente, que, por sua vez, atua como um corpo estranho cuja liberação poderia acontecer via hipnose e catarse. Na obra freudiana, esse modelo corresponde à sua primeira teoria do trauma – a sua *neurótica*.

Devido aos questionamentos de Freud em relação à veracidade dessa teoria, uma vez que ela implicava que em toda configuração neurótica haveria um evento sexual traumático, esse modelo foi abandonado. Na conhecida carta 69, endereçada a Wilhelm Fliess, Freud expõe que não acredita mais em sua *neurótica*, uma vez que, nessa teoria, precisaríamos supor que a perversão dos adultos teria que ser incomensuravelmente mais frequente que a histeria. Freud constata, também, que no inconsciente não há indícios da realidade, de modo que não se pode distinguir o que é verdade factual e o que é ficção investida de cargas emocionais (Freud, 1897/1990). Freud então apresenta uma nova hipótese, a de que a etiologia das neuroses, como por exemplo, da histeria, não estaria mais atrelada, necessariamente, a um evento sexual traumático, mas a fantasias sexuais. Esse deslocamento pressupôs a constatação de uma atividade sexual infantil, teorizada em 1905, nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, e também apresentada na discussão do caso do pequeno Hans⁴. Assim, as fantasias sexuais passam a ser pensadas como uma forma de “encobrir a atividade auto-erótica dos primeiros anos da infância, [...]. E agora, a de detrás das fantasias, toda a gama da vida sexual da criança vinha à luz.” (Freud, 1914b/1974, p. 27-28). O abandono da teoria da sedução, a *neurotica*, será exposto em um artigo de 1906, “Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses”, no qual Freud sublinha que:

superestimei a frequência desses acontecimentos (...), ainda mais que, naquele tempo, não era capaz de estabelecer com segurança a distinção

⁴ Caso publicado em 1909 com o título “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos”.

entre ilusões de memória dos histéricos sobre sua infância e os vestígios de eventos reais. Desde então, aprendi a decifrar muitas fantasias de sedução como tentativas de rechaçar lembranças da atividade sexual do próprio indivíduo (masturbação infantil). Esclarecido esse ponto, caiu por terra a insistência no elemento ‘traumático’ presente nas vivências sexuais infantis (seja ela espontânea ou provocada) prescreve o rumo a ser tomado pela vida sexual posterior após a maturidade. (Freud, 1906 [1905]/1989, p. 257-258).

Há aqui um importante deslocamento da ênfase na realidade material para a realidade psíquica. Esse deslocamento pode ser acompanhado, sobretudo, a partir da publicação de “A interpretação dos sonhos” (1900), onde Freud descreve a sua concepção de inconsciente, com suas leis e o seu princípio regulador, o princípio do prazer. Nas publicações dos anos seguintes, Freud começa a investigar a relação da fantasia com a sexualidade infantil e as teorias sexuais da criança⁵, assim como a influência determinante da ameaça de castração e do complexo de Édipo para a constituição das organizações psíquicas – neurose, psicose e perversão.

Cabe aqui mencionarmos que esse modelo está referido à primeira tópica freudiana e ao primeiro dualismo pulsional. Nesse quadro, o conflito psíquico se dá mediante a oposição entre as pulsões de autoconservação e pulsões sexuais; dualidade que constitui, nesse período, o eixo de referência fundamental da investigação psicanalítica (Freud, 1900/1987; Freud, 1904 [1903]/1989; Freud, 1910 [1909]/1970; Freud, 1915b/1974).

Na virada para a década de 1920, as análises dos soldados traumatizados pelos impactos da Primeira Guerra, as chamadas neuroses de guerra, trouxeram à tona a existência de resistências intransponíveis e de forças que não estavam submetidas ao princípio do prazer (Freud, 1919/1976). Essas evidências, portanto, passaram a colocar em xeque o modelo do trauma vigente, uma vez que ele estava pautado pela primazia do princípio do prazer. Freud apresenta, então, em “Além do princípio do prazer” (1920/1976), a problemática acerca das neuroses traumáticas, conceito que surge como uma ampliação das neuroses de guerra – termo que

⁵ Sobre as teorias sexuais das crianças, além dos “Três ensaios sobre a sexualidade” (1905), remetemos o leitor a dois outros artigos: “O esclarecimento sexual das crianças (1907) e “Sobre as teorias sexuais das crianças” (1908).

denomina os quadros polimorfos observados em consequência dos traumas infligidos a muitas pessoas durante esse período.

Em “Além do princípio do prazer”, Freud retoma uma distinção estabelecida na época dos “Estudos sobre a Histeria”, precisamente, a hipótese sugerida por Breuer de dois estados de energia psíquica, “livre” e “ligada”, e a aplica à imagem de uma vesícula. No exemplo, temos uma vesícula que marca a existência de uma camada protetora de excitações que, ao receber uma quantidade de estímulos excessivamente forte, é rompida. Uma vez no interior da vesícula, essas excitações se encontram em estado “livre”. O rompimento dessa barreira protetora e, por conseguinte, o acúmulo de energia livre é o que Freud denomina de trauma. A tarefa do aparelho psíquico consiste, então, em restituir as condições do funcionamento do princípio do prazer mediante a religação das excitações para que estas possam ser descarregadas. Essa situação hipotética é transposta aos casos de neurose traumática, cujos sonhos, Freud conclui, têm por conteúdo a reprodução de um trauma. Esses sonhos:

estão ajudando a executar outra tarefa, a qual deve ser realizada antes que a dominância do princípio do prazer possa mesmo começar. Esses sonhos esforçam-se por dominar retrospectivamente o estímulo, desenvolvendo a ansiedade cuja omissão constituiu a neurose traumática. Concedem-nos assim a visão de uma função do aparelho mental, visão que, embora contradiga o princípio do prazer, é sem embargo independente dele, parecendo ser mais primitiva do que o intuito de obter prazer e evitar o desprazer (Freud, 1920/1976, p. 48).

Frente a esses quadros, Freud formula que a compulsão à repetição é mais arcaica do que o princípio do prazer, configurando-se, assim, como uma tendência que está para além desse princípio. Essa problemática aponta para os limites de sua teoria das pulsões, exigindo, portanto, uma nova definição do dualismo pulsional. Este será, então, reformulado a partir da oposição entre pulsões de vida e pulsões de morte.

De forma sucinta, as pulsões de morte estão relacionadas a forças destrutivas e agressivas, que têm por objetivo restituir o estado inanimado que existia anteriormente. A pulsão de morte estaria, portanto, em consonância com o princípio de Nirvana - equivalente ao princípio de constância, que funciona no sentido de reduzir a zero ou manter o mais baixo possível o nível de excitação do aparelho psíquico -, cujo estado mínimo de excitação remete à morte. As pulsões de vida, em

contraponto, mantêm unido tudo o que é vivo, visando, em termos biológicos, à fusão entre corpos celulares, garantindo a imortalidade da substância viva. A partir dessa reformulação, Freud afirma a existência de processos psíquicos inconscientes que não têm nenhuma tendência espontânea à inscrição psíquica. Nesse ponto, a compulsão à repetição vem se nodular às pulsões de destruição, e visam a um “além do princípio do prazer”, sublinhando, assim, o aspecto “demoníaco” da pulsão.

Confrontados com os limites engendrados pela pulsão de morte, com os limites da capacidade de representação psíquica e, conseqüentemente, também com os próprios limites do analisável, o projeto psicanalítico e a concepção do tratamento serão redefinidos. A investigação acerca do excesso pulsional, que se expressa através de irrupções, rupturas caóticas, marcas que fogem da ordenação psíquica, remete ao problema teórico e clínico da promoção de ligações, face à difícil tarefa de dominar essa energia que incide sobre o psiquismo.

Diante dessas questões, Freud procura, então, em “Análise terminável e interminável” (1937a/1975), explicitar suas interrogações relativas às dificuldades e até mesmo aos limites do método e da prática psicanalítica. Posteriormente, em “Construções em Análise” (1937b/1975), ainda confrontado com os limites impostos pela repetição - enquanto pura energia que não conduz a nenhum conteúdo a ser lembrado, interpretado e elaborado -, ele propõe a alternativa de uma construção e comunicação, pelo analista, de fragmentos narrativos que não têm como base a memória recalçada do analisando. Trata-se da tentativa de criar um sentido para o paciente a partir do agrupamento de fragmentos que, em si mesmos, não comportam um sentido oculto passível de interpretação.

Assim como Freud se deparou com uma série de impasses a partir da década de 1920, que o forçaram a promover alterações no campo da técnica e da teoria, Ferenczi também se viu diante de dificuldades semelhantes que o levaram, no entanto, por caminhos diversos. Essa época, principalmente a partir dos anos 1927-1928 até a sua morte em 1933, será marcada por uma sucessiva discordância entre os dois autores.

2.2 Técnica ativa: impasses clínicos e repetições em análise

Veremos ao longo dessa seção que a problemática do trauma recebe uma maior atenção na obra de Ferenczi durante o período em que experimenta uma série de reformulações técnicas que visavam à ampliação da intervenção psicanalítica para os casos clínicos que eram considerados não analisáveis ou situados nos limites do analisável, como por exemplo, os casos de psicossomática e as neuroses narcísicas (Sabourin, 2011). A primeira experimentação técnica realizada por Ferenczi, a técnica ativa, buscava, através da intensificação do princípio de abstinência por meio de injunções e proibições, restituir a regra fundamental da associação livre, sempre que uma resistência se mostrasse intransponível através da interpretação (Ferenczi, 1919/2011, Ferenczi, 1921/2011).

Para entendermos melhor as mudanças propostas por Ferenczi, será preciso retomarmos as coordenadas fundamentais da técnica psicanalítica estabelecida por Freud e aos impasses clínicos surgidos na década de 1910. De uma maneira esquemática, o trabalho do analista consiste em alcançar, através da interpretação, o conteúdo fantasmático inconsciente, de modo a liberar o afeto represado nos sintomas e a dissolver o arranjo patológico. No processo de uma análise, o paciente irá repetir, na relação com o analista, as suas formas de amar e odiar, determinadas pelo seu inconsciente. O analista, diante das demandas de amor, por exemplo, deve frustrar tais investimentos, tornando-os um combustível para o tratamento. O intuito das interpretações do analista é produzir, como efeito, a recordação das fantasias inconscientes do paciente, que alimentam os sintomas e a transferência.

Assim como Ferenczi, Freud já se deparava com alguns casos clínicos que impunham dificuldades à manutenção da regra da associação livre, do princípio de abstinência e da interpretação, tal como foram apresentadas, principalmente, nos artigos sobre técnica. O caso emblemático é de Serguei Pankejeff, mais conhecido como o “Homem dos Lobos”. Freud atende Serguei Pankejeff entre os anos de 1910 e 1914, tendo publicado o caso em 1918, sob o título de “História de uma neurose infantil”. No início do quarto ano de análise, Freud se vê diante de intensas resistências impostas pela aderência transferencial de seu paciente. Em uma tentativa de superar essa barreira ao tratamento, Freud estabelece um prazo para o término da análise. Essa medida tinha como embasamento teórico-clínico, o

aumento da frustração, com o intuito de vencer as resistências e permitir o acesso às recordações recalçadas.

Sobre o princípio de abstinência e manutenção da frustração vemos em “Observações sobre o amor de transferência” (1915a [1914]) 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 [...] fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e o anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos (*Surrogate*). (Freud, 1915a [1914]/2006, p. 182)

E em 1919 em “Linhas de progresso a terapia psicanalítica”, Freud complementa sua tese destacando que:

foi uma *frustração* (*Versagung*) que tornou o paciente doente, e que seus sintomas servem-lhe de satisfações substitutivas. É possível observar, durante o tratamento, que cada melhora em sua condição reduz o grau em que se recupera e diminui a força instintual que o impele para a recuperação. Mas essa força instintual é indispensável à redução da saúde do paciente. Qual, então, é a conclusão que nos impõe inevitavelmente? Cruel como possa parecer, devemos cuidar para que o sofrimento do paciente, em um grau de um modo ou de outro efetivo, não acabe prematuramente. Se, devido ao fato de que os sintomas foram afastados e perderam o seu valor, seu sofrimento se atenua, devemos restabelecê-los alhures sob a forma de alguma privação apreciável; de outro modo, corremos perigo de jamais conseguir senão melhoras insignificantes e transitórias. (Freud, 1919 [1918]/1976, p. 205, grifo do autor)

No caso do “Homem dos Lobos”, em um primeiro momento, Freud descreve todos os êxitos obtidos a partir da intensificação da frustração, e acredita que a análise havia chegado ao seu término após a reconstrução da cena traumática, “[...] num período desproporcionalmente curto, a análise produziu todo o material que tornou possível esclarecer as suas inibições e eliminar os seus sintomas [...]” (Freud, 1918 [1914]/1976, p. 24).

No entanto, quatro anos depois, Freud se surpreende com a necessidade de recebê-lo outra vez em análise para “ajudá-lo a dominar uma parte da transferência

que não fora resolvida” (Gardiner, 1981, p. 249). E, pouco tempo depois, encaminha o paciente a Ruth Mack Brunswick, ainda para tratar de “partes residuais da transferência” (Gardiner, 1981, p. 249), agora de caráter paranoico. Os efeitos iatrogênicos apresentados nesse caso fazem com que Freud perceba, anos depois, que o excesso que invade o psiquismo não está referido somente à excitação sexual e ao desejo, mas também e, sobretudo, à força disruptiva da pulsão de morte. Em “Análise terminável e interminável” (1937a), ele faz alusão a esse caso, quando relata que certas atitudes dos pacientes podem apenas ser atribuídas a um “esgotamento da plasticidade, da capacidade de modificação e desenvolvimento ulterior; [neles] todos os processos mentais, relacionamentos e distribuições de forças são imutáveis, fixos e rígidos [...] – uma espécie de entropia psíquica” (Freud, 1937a/1975, p. 275). Mais adiante no artigo de 1937, Freud reafirma a existência de uma força que se defende por todos os meios possíveis contra o restabelecimento e que está absolutamente decidida a se apegar à doença e ao sofrimento. Esses fenômenos “constituem indicações inequívocas da presença de um poder na vida mental que chamamos de instinto de agressividade ou de destruição, segundo seus objetivos, e que remontamos ao instinto de morte original da matéria viva” (Freud, 1937a/1975, p. 276).

A reformulação do dualismo pulsional, assim como a proposta de uma segunda tópica do aparelho psíquico, partiram de exigências teórico-clínicas devido aos impasses surgidos no final da segunda década do século XX, e que podem ser remetidas, por exemplo, à análise do Homem dos Lobos e às neuroses de guerra, uma vez que esses casos trouxeram à tona a existência de resistências intransponíveis e de forças que não estão submetidas ao princípio do prazer.

Os impasses técnicos narrados por Freud, principalmente o do caso de Serguei Pankejeff, assim como as reformulações propostas em “Além do princípio do prazer” (1920), constituirão as bases teórico-clínicas para Ferenczi desenvolver a técnica ativa. Para entendermos o destaque que Ferenczi atribuirá às repetições no *setting* e ao que ele nomeia como *Erlebnis* (experiência vivida), iremos nos deter em quatro importantes trabalhos, “Dificuldades de uma análise de histeria” (1919), “Prolongamentos da técnica ativa” (1921), “Perspectivas da psicanálise” (1924a) e “As fantasias provocadas” (1924b).

A técnica ativa é apresentada em 1919, no trabalho “Dificuldades de uma análise de histeria”, no qual Ferenczi apresenta alguns impasses clínicos com pacientes cujas resistências impediam o surgimento de novos materiais a serem submetidos à análise. A discussão clínica gira em torno do conhecido caso de uma paciente que tinha o hábito de cruzar as pernas durante as sessões, apertando as coxas, uma contra a outra. Na leitura de Ferenczi, esse movimento corporal poderia ser uma forma de masturbação velada, que acarretava descargas escamoteadas de moções inconscientes, e que comprometiam o material trazido pela associação livre. Ferenczi, então, toma a medida de dizer a paciente que não cruzasse as pernas durante as sessões. A interrupção do escoamento da libido, produzida por essa medida, fez com que emergissem importantes fragmentos de lembranças que indicavam as circunstâncias traumáticas de seu adoecimento. Mesmo obtendo êxitos, Ferenczi sinaliza que a técnica ativa não deve substituir o modelo clássico da associação livre, atenção flutuante e interpretação, essa técnica deve ser utilizada apenas para superar determinadas resistências que dificultam o prosseguimento do trabalho analítico. Nesse sentido, as injunções (*Gebote*) e proibições (*Verbote*) têm o intuito de impedir que o paciente realize ações sintomáticas oriundas de vivências infantis, que, no processo analítico, bloqueiam o livre trânsito das associações e o surgimento do material recalçado.

Em “Prolongamentos da técnica ativa” (1921) Ferenczi sublinha que a finalidade dessa técnica é a de colocar “os pacientes em condições de melhor obedecer à regra de associação livre com a ajuda de certos artifícios e chega-se assim a provocar ou acelerar a investigação do material psíquico inconsciente” (Ferenczi, 1921/2011, p. 117). Segundo Sabourin (1988), esses artifícios propostos pela técnica ativa são uma tentativa de Ferenczi avançar com os casos difíceis de sua época, aqueles para os quais a técnica psicanalítica se mostrava ineficaz, como por exemplo, as neuroses de caráter. Nesses casos, Ferenczi explicita que:

os traços de caráter diferem dos sintomas neuróticos, entre outras coisas, pelo fato de esses indivíduos, à semelhança dos psicóticos, não terem geralmente ‘consciência de sua doença’; esses traços de caráter são, de certo modo, psicoses privadas, suportadas, até admitidas pelo ego narcísico, em todo caso, anomalias do ego, e é precisamente o ego que opõe a maior resistência a essa mudança. O narcisismo pode, como Freud nos ensinou, limitar a influência da análise sobre o paciente, em

especial porque o caráter se apresenta em geral como uma muralha que barra o acesso às lembranças infantis. (Ferenczi, 1921/2011, p. 132)

Diante dessa muralha, dificilmente se chegaria ao que Freud denominou de temperatura de ebulição do amor de transferência, que poderia derreter até os traços mais coriáceos (Ferenczi, 1921/2011).

A conclusão que podemos extrair desse momento da psicanálise é a constatação de que a interpretação da resistência, praticada de forma exclusiva, é ineficaz com alguns pacientes. Nesse tipo de situação, a técnica ativa desempenharia o papel de agente provocador, cujas injunções e proibições visam a uma nova distribuição da energia libidinal e ao favorecimento de “repetições que cumpre em seguida interpretar ou reconstituir nas lembranças” (Ferenczi, 1921/2011, p. 135).

Ferenczi explora ainda mais a técnica ativa em “Perspectivas da Psicanálise” (1924), publicado junto com Otto Rank, onde ambos propõem uma revisão da técnica psicanalítica e criticam a ênfase que é dada à rememoração (*Erinnern*) como principal objetivo do trabalho analítico, enquanto que a repetição (*Wiederholen*) é considerada um sintoma de resistência a ser evitado.

Esse trabalho de Ferenczi mantém um intenso diálogo com as questões levantadas por Freud em “Além do princípio de prazer” (1920). Como foi exposto anteriormente, Freud pensa o trauma como uma ruptura do escudo de par-excitação que protege o aparato psíquico. Uma vez que essa barreira protetora é rompida, há uma invasão de excesso pulsional, que coloca o princípio do prazer fora de ação, pois agora o aparato psíquico deve realizar uma tarefa mais fundamental: a de capturar essa energia livre. O trauma, portanto, traz à tona esse excesso, que se configura no aparelho psíquico como uma marca psíquica, fora do funcionamento do princípio do prazer, e que retorna sob a forma de compulsão à repetição.

Nesse momento da discussão sobre a técnica ativa, Ferenczi insiste que é necessário valorizar as repetições em análise, pois certos fragmentos são inacessíveis sob a forma de rememoração. Nesse sentido, caberia ao analista, mediante uma intervenção ativa, favorecer a repetição e o surgimento dos afetos,

para “depois liquidá-los progressivamente, ou ainda *transformar elementos repetidos em lembrança atual*” (Ferenczi, 1924a/2011, p. 246, grifo do autor). A ênfase nas repetições em análise parte da compreensão de que, se o material inconsciente “não pode – uma vez que nunca foi ‘sentido’ – ser ‘rememorado’ [...], a simples comunicação, por exemplo, uma ‘reconstrução’, não é capaz por si só de produzir reações afetivas” (Ferenczi, 1924a/2011, p. 253). Assim, os afetos inconscientes devem ser coagidos a encontrar um representante no presente, na situação psíquica atual, para que possam ser experimentados/vivenciados. Segundo Ferenczi, “para se tornarem eficientes os afetos devem, em primeiro lugar, ser reavivados, ou seja, atualizados. Com efeito, tudo o que não nos afeta diretamente no presente, portanto, realmente, permanecerá sem efeito psíquico” (Ferenczi, 1924a/2011, p. 254). Ferenczi propõe nomear essa abordagem técnica como sendo uma nova fase, a *fase do experimentado*, em contraste com o esforço anterior de obter o efeito terapêutico a partir de explicações – a *fase do conhecimento*. O intuito dessa nova fase seria então de

colocar o saber adquirido pela psicanálise totalmente a serviço do tratamento, provocando [...] as experiências vividas (*Erlebnisse*) adequadas e limitando-nos a explicar ao paciente somente essa experiência que, bem entendido, também lhe é diretamente perceptível. (Ferenczi, 1924a/2011, p. 260).

Thierry Bokanowski (2002) explicita que Ferenczi dá um maior destaque à emergência da repetição das experiências traumáticas a partir da técnica ativa, e que estas são pensadas, na atualidade da transferência, enquanto experiências vividas. Há, portanto, um destaque ao aspecto terapêutico da regressão, uma vez que permitiria a emergência, no *setting*, de um material inconsciente que é, muitas vezes, anterior a linguagem verbal, mas que encontra a sua expressão no corpo. Assim, tornar-se-ia necessário encenar a expressão corporificada até que o sensível faça sentido. Trata-se, então, de permitir que o paciente, por meio da repetição, viva esses afetos e fragmentos de memória, pois é apenas dessa maneira que a interpretação subsequente surtirá efeito.

Para Avello (1998), a discussão sobre a regressão e o seu manejo clínico passam a ser a temática mais relevante dessa época, e também marca uma primeira

diferença entre as propostas terapêuticas de Ferenczi e Freud, pois este, mesmo tendo considerado o aspecto formal da regressão⁶ como relevante na análise, sempre se mostrou cauteloso em relação à possibilidade de lidar com fenômenos regressivos por meio de outros recursos além da interpretação. Em uma carta-circular de 15 de fevereiro de 1924, Freud expõe o receio que tinha de tais experiências, para em seguida concordar com Ferenczi em seu esforço clínico:

Eu calculo que este trabalho comum foi um corretivo para minha concepção do papel da repetição ou da atuação na análise. Eu concebia nisto o receio, e esses incidentes que o senhor denomina experiências, eu os considerava como fracassos lastimáveis. Rank e Ferenczi chamam a atenção para o fato de que viver tais experiências é inevitável e utilizável (Freud, 1965, p. 345 *apud* Haynal, 1988, p. 27).

Ainda sobre a técnica ativa, Ferenczi publica no mesmo ano de 1924, o artigo “As fantasias provocadas” (1924b), no qual apresenta observações clínicas sobre o uso da técnica ativa em certos casos nos quais o método psicanalítico tradicional se mostrava inócuo. Em um determinado caso, Ferenczi incentiva um paciente a imaginar algo de agressivo em relação a ele, e que

após as tentativas habituais de defesa e rejeição, apresentaram-se fantasias de agressão, a princípio tímidas; em seguida, cada vez mais violentas, estas últimas acompanhadas de sinais de angústia (suores frios). No final, fantasiou com acuidade alucinatória que me agredia e depois me arrancava os olhos, fantasia que se transformou bruscamente numa cena sexual onde eu desempenhava o papel de mulher. Durante essa atividade fantasística, o paciente tinha ereções manifestas. (Ferenczi, 1924b/2011, p. 265).

O que nos interessa aqui é a constatação de Ferenczi da pobreza fantasmática de certos pacientes e a sua investigação sobre os fatores que contribuíram para isto. De forma sucinta, Ferenczi descreve que a vivacidade ou a pobreza da imaginação estão relacionadas aos traumas sexuais infantis, a uma “certa quantidade de experiências infantis realmente vividas” (Ferenczi,

⁶ Em uma passagem acrescentada em 1914 a “Interpretação dos sonhos”, Freud explicita o conceito de regressão distinguindo-o em três tipos: a) *Tópica*, no sentido do esquema [do aparelho psíquico]; *Temporal*, em que são retomadas formações mais antigas; c) *Formal*, quando os modos de expressão e de figuração habituais são substituídos por modos primitivos (Freud, 1900/1989, p. 501).

1924b/2011, p. 269). Nesse ponto, Ferenczi acentua a crítica que permanecerá ao longo de todos os seus últimos trabalhos sobre a considerável redução, promovida por Freud, da importância do trauma infantil, em proveito das fantasias inconscientes.

Nesses casos em que a técnica ativa foi utilizada como recurso, tratava-se de pacientes que foram excessivamente bem educados na infância. E, para Ferenczi, esse excesso reprime e suprime os chamados maus hábitos antes deles serem postos em prática e, nessas condições, torna-se impossível para a criança observar seu meio e viver algo da ordem sexual. As fantasias dessas crianças bem educadas demais, conclui Ferenczi, se encontram, em parte, “sob efeito imediato do ‘recalcamento primário’ (*Urverdrängung*), mesmo antes de se tornarem conscientes” (Ferenczi, 1924b/2011, p. 268). A pobreza das fantasias sexuais dos pacientes que foram crianças excessivamente bem educadas está ligada, em parte, ao fato de que na infância foram “esmagadas pelos ideais educativos, sempre antissexuais” (Ferenczi, 1924b/2011, p. 269).

Apesar de já ter apresentado algumas contraindicações à técnica ativa nos artigos de 1921 e de 1924, foi apenas em 1926 que Ferenczi publica um trabalho exclusivamente dedicado a isso. Em “Contraindicações da técnica ativa” (1926) são expostos uma série de pontos problemáticos a respeito de sua técnica e dos resultados clínicos obtidos. Com o intuito de abrir caminhos às associações que se encontravam barradas, a técnica ativa buscava intensificar a tensão psíquica face ao aumento da frustração. No entanto, o que Ferenczi constata é que ao proceder por injunções e proibições, a relação analista-paciente acabava reproduzindo a experiência traumática em um viés de submissão⁷. Os procedimentos da técnica ativa, portanto, “levam o médico a impor à força a sua vontade ao paciente numa repetição exageradamente fiel da situação pais/criança ou a se permitir posturas perfeitamente sádicas de professor” (Ferenczi, 1926/2011, p. 404). Nesse momento, o problema teórico-clínico que se impõe é o de conceber uma prática que não levasse a uma repetição fiel da situação traumática.

⁷ Segundo Pinheiro (1995), o papel significativo do agressor na teoria do trauma de Ferenczi está relacionado, justamente, aos efeitos negativos observados pela utilização da técnica ativa.

É interessante notarmos como Ferenczi, além de sublinhar a importância daquilo que se passa do lado analista, a sua contratransferência, imputa à técnica e ao enquadre a responsabilidade pela produção de resistências objetivas à experiência analítica. Nesse sentido, Ferenczi apresenta, de forma sucinta, uma nova postura em relação aos pacientes e aos impasses clínicos, agindo agora com uma flexibilidade elástica e com a manutenção de uma atitude de *laisser-faire*, ou seja, o analista deveria introduzir práticas menos incisivas e mais acolhedoras em relação ao paciente.

A mudança de perspectiva apresentada em “Contraindicações à técnica ativa” (1926) é o prelúdio para uma abordagem completamente distinta. Atento às experiências regressivas que surgiam no *setting*, Ferenczi constata que a relação analista-paciente acabava reproduzindo uma situação de submissão. Como a proposta da técnica ativa foi pensada a partir de uma intensificação das coordenadas fundamentais da técnica psicanalítica, Ferenczi se encontra diante da necessidade de fazer uma profunda revisão da técnica. Como veremos adiante, as regressões em análise e as repetições ainda serão exploradas em uma perspectiva terapêutica, porém, o que poderia trazer um novo destino à repetição caberá à posição do analista e ao manejo clínico.

2.3 *Laisser-faire* e o “sentir com” (*Einfühlung*): uma revisão da técnica psicanalítica

Michael Balint⁸, na introdução que escreve para o quarto volume das obras completas de Ferenczi, explicita que este tomava por axioma o que enunciou no artigo “Análise de crianças com adultos” (1931):

[...] que, enquanto o paciente continua comparecendo, o fio de esperança não se rompeu. Portanto, eu tinha que fazer-me de forma incessante a mesma indagação: a causa do fracasso será sempre a resistência do paciente, não será antes o nosso próprio conforto que desdenha adaptar-se às particularidades da pessoa, no plano do método (Ferenczi, 1931/2011, p. 81).

⁸ Essa introdução, que está disponível na tradução brasileira das obras completas de Sándor Ferenczi (Martins Fontes, São Paulo, 2011), é parte de um artigo redigido por Balint em 1967 para uma obra coletiva intitulada *Psychoanalytic Techniques* publicado pela *Basic Books*.

Essa constante indagação, acrescida às observações dos elementos que constituem a situação analítica, ensinaram-lhe que “todo acontecimento nessa situação deve ser compreendido como uma interação entre a transferência do paciente, isto é, sua compulsão à repetição, e a contratransferência do analista, ou seja, sua técnica” (Balint, 2011, p. XVIII). Nessa interação, o primeiro elemento, as manifestações do paciente, é compreendido como um fator constante e quase inalterável. Sendo assim, a superação de um impasse na situação analítica implica em uma alteração do outro elemento: a técnica.

Da citação do trabalho de Ferenczi, feita por Balint, podemos extrair a seguinte questão: “não será antes o nosso próprio conforto que desdenha adaptar-se às particularidades da pessoa, no plano do método”. Essa noção de *adaptar-se* às particularidades da pessoa, nos parece ser um ponto chave para Ferenczi, uma vez que passa a ganhar relevância para a sua compreensão do trauma e das revisões que faz à técnica psicanalítica. A discussão acerca da *adaptação* nos remete ao título do trabalho publicado em 1927, “A adaptação da família à criança”, no qual Ferenczi sublinha a que a adaptação deve partir da família em direção à criança, e não o contrário. Dentre uma série de questões importantes levantadas nesse trabalho, que iremos abordar mais adiante, gostaríamos de iniciar com a *amnésia* parental.

Ferenczi argumenta que a adaptação da família à criança só pode se iniciar se os pais começam a compreender-se melhor eles próprios e que o primeiro erro dos pais é o esquecimento de sua própria infância. Nesse sentido, um dos grandes obstáculos à adaptação da família à criança se dá pela dificuldade que os adultos têm de se identificarem com as necessidades da criança, ou seja, de conseguir entrar em sintonia com as questões que as atravessam, o que permitiria que pudessem responder de uma maneira empática e compreensível para a criança. Ao estendermos esse exemplo à interação entre analista e paciente, podemos pensar que, assim como um dos obstáculos à adaptação da família à criança é o esquecimento dos adultos de sua própria infância, um dos obstáculos à adaptação do analista ao paciente, e de poder entrar em contato com as dificuldades que este encontra no processo analítico, é a amnésia dos analistas de sua própria análise, ou seja, de um dia ter sido ou de ainda ser paciente. Nesse trecho, podemos vislumbrar uma marca da compreensão clínica de Ferenczi, que será desenvolvida nos seus trabalhos seguintes; a dizer, a sua concepção sobre o tato analítico (*Einfühlung*) e a

ênfase que coloca na análise do analista, ambos apresentados no artigo de 1928 “Elasticidade da técnica psicanalítica”.

Na abertura desse artigo, Ferenczi apresenta uma dupla crítica: aos analistas que tomam como cânones os elementos trazidos nas “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912), praticando-os ao pé da letra; e ao próprio conteúdo do texto freudiano que apenas abordou aquilo que não deveria ser feito pelo analista, deixando ao encargo do tato do analista o que deveria ser feito (sem especificar o que o termo tato significa). O resultado, após quinze anos da sua publicação, foi que “os sujeitos obedientes não perceberam a elasticidade dessas convenções e se submeteram a elas como se fossem leis-tabu” (Ferenczi, 1928/2011, p. 41).

Atento aos impasses de seus colegas, dos analistas em formação e também das dificuldades de sua clínica, Ferenczi apresenta a regra que deve ser instituída como a segunda regra fundamental da psicanálise, ou seja, “*quem quer analisar os outros deve, em primeiro lugar, ele próprio ser analisado*” (Ferenczi, 1928/2011, p. 31, grifos do autor). Decerto, podemos encontrar em Freud a importância da análise do analista, como por exemplo, em “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” (1910a), onde Freud sublinha que todo pretendente a psicanalista “deve iniciar sua atividade por uma autoanálise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente” (Freud, 1910a/1970, p. 130). Apenas dessa maneira, o psicanalista poderia avançar na análise de seus pacientes, uma vez que “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas” (Freud, 1910a/1970, p. 130). Dois anos mais tarde, em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912), podemos identificar uma mudança importante, pois Freud passa a acentuar que a análise do analista deveria ser feita por outra pessoa, por “alguém com conhecimento técnico” (Freud, 1912/2006, p. 130).

Historicamente, a formalização da formação analítica foi anunciada em 1910, no Congresso de Nuremberg, a partir da preocupação da recém-criada *International Psychoanalytic Association* em tentar preservar a psicanálise de desvios que poderiam ocorrer, uma vez que, nessa época, houve um grande crescimento de interessados no método psicanalítico. Durante o início da década de

1920, o ensino e a transmissão da psicanálise foram se cristalizando e se assentando sob a responsabilidade das sociedades de psicanálise e institutos de formação fundadas nos países europeus, como por exemplo, Hungria, Alemanha, Áustria e Inglaterra. Para exemplificar esse momento da história da psicanálise, Hermann (2008) destaca que:

em 1922, a análise didática durava entre um ano e um ano e meio, enquanto as primeiras análises didáticas freudianas não passavam de seis meses. Em 1924 [...], o primeiro regulamento do Instituto [de Berlim] previa três anos para a formação, iniciando-se com o ensino teórico, seguido de dois nos de casos supervisionados, ao passo que cabia à análise didática ocupar os anos finais da formação. Em 1925, a Sociedade de Viena publicou suas regras, que previam dois anos para a formação total. (Hermann, 2008, p. 80)

Essa breve digressão histórica nos permitirá delimitar melhor o campo para o qual Ferenczi endereça a sua crítica, quando sublinha a exigência de uma segunda regra fundamental. Nesse sentido, vemos que Ferenczi está se referindo à institucionalização da formação psicanalítica e criticando a superficialidade das análises didáticas; defendendo, em contrapartida, a importância de uma análise profunda para a compreensão mais acurada da experiência psicanalítica, assim como de suas propostas técnicas e da dinâmica transferencial que elas implicam. Em “O problema do fim da análise” (1927), por exemplo, Ferenczi apresenta que, em certos casos, o paciente pode se dirigir ao analista de maneira agressiva, o que teria o objetivo inconsciente de testar a solidez da paciência e a benevolência do analista. Diante dessas situações, Ferenczi destaca que:

[essa] ofensiva geral do paciente impõe como condição preliminar que o analista tenha terminado por completo a sua própria análise. Faço esta observação porque, com frequência, considera-se suficiente que o candidato a psicanalista trave conhecimento, durante um ano, por exemplo, com os principais mecanismos: uma análise supostamente didática (Ferenczi, 1927/2011, p. 24).

Em 1932, no Congresso de Wiesbaden, mesmo evento onde o Comitê Internacional de Formação apresentou novas recomendações para a formação de

analistas, Ferenczi reserva um trecho do seu trabalho, a “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933), para fazer uma crítica irônica ao afirmar que

a análise em profundidade de uma neurose exige quase sempre vários anos, ao passo que a análise didática habitual não dura, com frequência, mais de alguns meses, ou de um ano a um ano e meio, o que pode redundar na situação absurda de que, pouco a pouco, nossos pacientes estarão mais bem analisados que nós (Ferenczi, 1933/2011, p. 113).

Essa insistente crítica de Ferenczi à superficialidade das análises realizadas em sua época nos conduz de volta ao artigo “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928), onde notamos que a ênfase de suas reflexões recai sobre a *disponibilidade* do analista para ser afetado na situação analítica, bem como a dinâmica dos seus processos internos e a compreensão dos limites da técnica. Nesse sentido, a análise do analista, para Ferenczi, parece ser a peça fundamental para que se possa apreender a complexidade do que se passa na relação analista-paciente e para operar com o que Ferenczi redefine como *tato*, ou a faculdade de “sentir com”⁹.

O termo “tato médico” foi utilizado pela primeira vez por Freud em “Psicanálise ‘silvestre’” (1910b), mas nunca foi aprofundado e melhor delimitado¹⁰, mesmo em artigos posteriores, como, por exemplo, em “Um estudo autobiográfico” (1925 [1924]) e em “Análise terminável e interminável” (1937).

Para Ferenczi, o tato ou a faculdade de “sentir com” (*Einfühlung*) é o que permite ao analista:

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 um tortura inútil para o paciente, etc. (Ferenczi, 1928/2011, p. 31).

⁹ Na tradução francesa, na qual se baseou a tradução em português, feita pela editora Martins Fontes, o termo alemão *Einfühlung* foi traduzido por “sentir avec”, e em português por “sentir com”. O termo *Einfühlung*, habitualmente traduzido por empatia, significa, literalmente, “sentir dentro” (Kupermann, 2019b, p. 109)

¹⁰ O artigo “O uso da *Einfühlung* em Freud no horizonte da dimensão sensível da experiência psicanalítica” (2013), escrito por Cano e Kupermann, traz uma detalhada pesquisa sobre esse tema.

Apesar de reconhecer a importância do tato analítico, Freud tem ressalvas quanto à maneira como Ferenczi descreve o termo. Em uma carta a Ferenczi de 4 de janeiro de 1928, Freud escreve que:

o título é excelente e mereceria maior destaque, já que minhas recomendações sobre a técnica, naquela época, eram essencialmente negativas. Considerava que o mais importante era enfatizar o que não se deveria fazer (...). Deixei para o “tato”, que você introduziu, quase tudo que se deveria fazer de maneira positiva. O que consegui assim foi que o obediente se submetesse a estas advertências como se fossem leis tabus e não observasse sua elasticidade (Pigman, 1995, p. 246 *apud* Cano; Kupermann, 2013, p. 163).

Poucas linhas adiante, Freud acrescenta que:

apesar de tudo do que você disse sobre o “tato” ser verdadeiro, parece-me que uma concessão nesta forma é também questionável. Todas as pessoas sem tato verão aí uma justificativa para arbitrariedades, isto é, para o fato subjetivo, ou para a influência dos complexos pessoais que não foram superados. Ou que, na verdade, fazemos – permanecendo de uma maneira prevalentemente pré-consciente – é considerar as diversas reações que esperamos de nossas intervenções, e o que importa, especialmente, é uma estimativa quantitativa dos fatores dinâmicos da situação. Naturalmente, não há regras para esta avaliação, a experiência do analista e sua normalidade serão decisivas. Para os iniciantes, com certeza, dever-se-ia despojar o “tato” de seu caráter místico. (Pigman, 1995, *apud* Cano; Kupermann, 2013, p. 171).

Podemos notar algumas preocupações de Freud nessa carta a Ferenczi. A primeira diz respeito às possíveis arbitrariedades e os seus efeitos negativos para a instituição psicanalítica. Explorar e aprofundar teoricamente a noção de tato (*Einfühlung*) poderia criar uma série de envolvimento emocionais que prejudicariam a reputação da psicanálise. Cabe lembrarmos que não foram poucos os psicanalistas que, naquela época, se envolveram com suas pacientes, como por exemplo, o caso célebre entre Jung e Sabina Spielrein.

Uma segunda preocupação, que podemos deduzir da primeira, seria em relação à contratransferência, uma vez que o termo foi criado por Freud em uma carta endereçada a Jung, justamente, para abordar a situação entre este e Spielrein.

Nessa carta, Freud escreve que os fenômenos transferenciais, embora penosos, são necessários e difíceis de evitar. No entanto, tais experiências ajudam a “desenvolver a carapaça de que precisamos e a *dominar a contratransferência* que é afinal um *permanente problema*” (Freud, 1909, *apud* McGuire, 1976, p. 281; grifos nossos). Apesar de ter destacado a dinâmica transferencial-contratransferencial tardiamente, Freud indica que essa questão surgiu pela primeira vez ainda nos primórdios da psicanálise, no caso de Bertha Pappenheim, quando esta era paciente de Breuer. A história, que é narrada por Freud em “História do movimento psicanalítico” (1914c) e repetida em “Um estudo autobiográfico” (1925 [1924]), detalha o trágico desfecho desse caso. De um lado, temos a paciente, Bertha (Anna O.), que se queixa de dores de gravidez (sintomas histéricos) e relata que o filho é de seu médico; e do outro lado, Breuer, que, ao se deparar com essa situação, fica perplexo ao se perceber tão devotado e envolvido no tratamento dessa paciente. O desfecho é o abandono do caso por parte de Breuer, seguido de uma viagem para uma segunda lua de mel com sua esposa, Mathilde.

Após uma década de trabalho psicanalítico, e atento às intensidades que atravessam a relação transferencial entre analista e paciente, Freud irá, em meados da década de 1910, formular os princípios básicos da técnica psicanalítica: a abstinência, a neutralidade e o controle da contratransferência. No artigo “Psicanálise silvestre” (1910), por exemplo, já podemos encontrar a opinião de Freud sobre o tato, quando escreve que “a psicanálise fornece essas regras técnicas para substituir o indefinível ‘tato médico’ que se considera como um dom especial” (Freud, 1910b/1970, p. 212). Diante dessa definição de que o tato é uma qualidade natural do clínico, uma faculdade inata e intransmissível, certamente, a melhor maneira de evitar “perigos para os pacientes e para a causa da psicanálise inerentes à prática” (Freud, 1910b/1970, p. 212) era promover uma formação adequada aos futuros psicanalistas. Nessa época, vemos surgir a metáfora do espelho (Freud, 1912a/2006), a imagem do analista como cirurgião que deixa os seus sentimentos de lado (Freud, 1912a/2006) e a ênfase no estado de abstinência (Freud, 1919[1918]/1976).

Se em Freud o tato era abordado como um dom especial, podemos observar que em Ferenczi uma nova perspectiva é introduzida. O tato passa a ser pensado como uma ferramenta clínica que, para poder ser utilizada, exige do analista uma

profunda análise pessoal e a tomada de consciência dos seus processos internos durante as sessões. Nesse sentido, a ênfase recairá sobre o analista e sobre os seus mecanismos de defesa para resistir ao encontro, ou seja, aos modos como ele afeta e é afetado na situação analítica.

Ao constatar a alta frequência de diversas manifestações de resistências em seus colegas, alunos e demais psicanalistas, Ferenczi formula uma proposta inédita: a da metapsicologia dos processos psíquicos do analista durante a análise. Nesse sentido, Ferenczi destaca que os investimentos do analista, em uma sessão, “oscilam entre identificação (amor de objeto analítico), por um lado, e autocontrole ou atividade intelectual, por outro” (Ferenczi, 1928/2011/2011, p. 40). Ferenczi também ressalta que o psicanalista nunca pode dar livre curso ao seu narcisismo, situação que não tem equivalência no cotidiano comum, e, por isso, gera uma sobrecarga ao psiquismo do clínico. Esse também é um dos motivos que o fizeram postular a segunda regra fundamental, pois a análise do analista é o instrumento para a sua “higiene pessoal” (Ferenczi, 1928/2011). Para Ferenczi:

é fácil reconhecer os analistas não analisados (selvagens) e os pacientes incompletamente curados, pois sofrem de uma espécie de “compulsão para analisar”; a motilidade livre da libido, após uma análise terminada, permite, em compensação, deixar governar, se necessário, o autoconhecimento e o autocontrole analíticos, mas sem ser impedido por outro lado, de maneira nenhuma, de desfrutar simplesmente da vida. O resultado ideal de uma análise terminada é, pois precisamente, essa elasticidade que a técnica exige também do psiquiatra (Ferenczi, 1928/2011, p. 40).

Podemos extrair dessa citação que Ferenczi pensa a análise do analista como condição necessária para que a elasticidade, que é conferida à técnica, também seja experimentada pelo analista, mais precisamente, na tomada de consciência da dinâmica dos seus processos internos e na delimitação do que é referido à situação analítica. É a partir dessa elasticidade que “o psicanalista poderia suportar o impacto do encontro terapêutico sem sucumbir à tendência de se fixar em qualquer posição imobilizadora (“paterna” ou “materna”, por exemplo)” (Kupermann, 2008, p. 82).

Ferenczi apresenta então a imagem do analista como uma tira elástica que deveria se ajustar e “ceder às tendências do paciente mas sem abandonar a tração

na direção” (Ferenczi, 1928/2011, p. 37) que o analista considera apropriada para o avanço da análise. O trabalho do analista vai se configurando, assim, como uma “oscilação perpétua entre “sentir com”, auto-observação e atividade de julgamento” (Ferenczi, 1928/2011, p. 38).

Nesse momento, Ferenczi constata que a sua proposta de flexibilização da técnica permitia o surgimento de uma série de “provocações”, que antes não podiam surgir devido à tensão e submissão produzidas pela técnica ativa. Com uma técnica mais elástica, o analisando pode encontrar um caminho para certas expressões inusitadas, sobretudo, manifestações hostis. A partir dessa constatação, Ferenczi cria uma outra imagem para ilustrar a posição do analista, agora, como a do boneco “joão-teimoso” (*Watscherman*), sobre o qual o paciente direciona os seus afetos de desprazer. E, uma vez que o analista possa se manter como suporte para tais manifestações, a recompensa seria a ultrapassagem “de muitas ‘resistências objetivas’ impostas pelo tratamento-padrão [técnica clássica]” (Kupermann, 2008, p. 94). Dessa maneira, Ferenczi buscava resgatar e ampliar a dimensão de liberdade proposta pela regra fundamental, ou seja, de permitir que o paciente se entregasse mais livremente e se expressasse da mesma maneira, postura que estava sendo, em grande parte, perdida durante o processo de institucionalização da psicanálise (Kupermann, 2008).

Atento aos processos e às vicissitudes da situação analítica, Ferenczi percebe que a reserva do analista exigida pela abstinência era vivida por muitos pacientes como frieza, dogmatismo e pedantismo, impressões que constituíam impasses para o avanço das análises. Segundo Ferenczi,

[sua] rigidez provocava um aumento supérfluo da resistência e uma repetição demasiado literal de acontecimentos traumáticos da pré-história infantil, e custava muito tempo para superar metade dos efeitos nefastos dessa identificação inconsciente no paciente (Ferenczi, 1930/2011, p. 67)

Ao se deparar com um grande número de casos cujos efeitos da manutenção rigorosa dos parâmetros da técnica psicanalítica eram iatrogênicos, Ferenczi não pode mais considerá-los como casos de exceção. Para superar esses impasses, ele

propõe um novo princípio, que não deveria substituir o anterior, mas ser utilizado em conjunção com ele: o princípio do relaxamento (*Nachgiebigkeit*).

A temática do relaxamento é abordada no trabalho “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), que foi apresentado em 1929 no XI Congresso Internacional de Psicanálise em Oxford. Para introduzir a ideia do relaxamento, Ferenczi se pergunta se “não se inflige ao paciente mais sofrimento do que é absolutamente necessário” (Ferenczi, 1930/2011, p. 70). Aqui, o sofrimento desnecessário está diretamente relacionado com a postura, muitas vezes, severa e fria dos analistas que colocam os pacientes em confronto com obstáculos que poderiam ser evitáveis. No entanto, não se trata de extinguir o sofrimento do paciente, pois “de um ponto de vista teórico, é evidente que o paciente deve aprender, na análise, a suportar o sofrimento que acarretou o recalçamento” (Ferenczi, 1930/2011, p. 70). Trata-se, então, de trabalhar com os dois princípios – frustração e *laisser-faire* – para que não se produza um sofrimento além do necessário, manejando assim uma “*economia do sofrimento*” (Ferenczi, 1930/2011).

Essas medidas e atitudes tomadas por Ferenczi permitiam uma maior liberdade aos pacientes, criando as condições para expressões, no *setting*, cada vez mais regredidas, chegando a “estágios do desenvolvimento em que, não estando o órgão do pensamento completamente formado, só eram registradas lembranças físicas” (Ferenczi, 1930/2011, p. 74). O material que surgia desses estados poderia, com a ajuda do analista, ser utilizado para fortalecer as reconstruções do passado do paciente, fazendo com que seus sintomas, antes expressos como símbolos mnêmicos corporais, fossem agora vividos como “uma verdadeira lembrança” (Ferenczi, 1930/2011, p. 70, grifo do autor). Essa noção de verdadeira lembrança traz, subentendida, a concepção de Ferenczi sobre a técnica balizada pelo princípio de relaxamento, no sentido de que as regressões em análise visam a uma neocatarse. Trata-se de permitir que o paciente repita o “próprio traumatismo em condições mais favoráveis, [levando-o], pela primeira vez, à percepção e à descarga motora” (Ferenczi, 1934/2011, p. 129). A neocatarse proposta por Ferenczi se configura como um efeito de uma regressão e da repetição, em análise, de experiências traumáticas, levando-as a um destino mais favorável, a uma neocatarse

As experiências com o princípio de relaxamento e a neocatarse deram mais subsídios clínicos para hipótese de Ferenczi de que o trauma é composto por choques e conflitos reais sofridos pela criança em suas relações com os adultos. Dito de outra forma, a partir da observação do material surgido em regressões cada vez mais profundas, corroborará a ênfase que Ferenczi atribui ao fator ambiental na etiologia das patologias psíquicas, contrapondo-se, assim, à compreensão psicanalítica tradicional que valorizava demasiadamente as fantasias e o intrapsíquico. Além de fortalecer a sua hipótese sobre a concepção da experiência traumática, esses dados clínicos farão com que Ferenczi apresente uma nova proposta conceitual para a definição de trauma.

2.4 A perspectiva relacional da experiência traumática

Segundo Pinheiro (1995), o conceito de trauma em Ferenczi pode ser apresentado a partir de duas concepções. A primeira diz respeito aos traumas que possibilitam uma reorganização psíquica, ou seja, aqueles que são estruturantes e contribuem para o desenvolvimento do sujeito. Alguns exemplos de traumas, necessários à constituição subjetiva, seriam a castração e o aprendizado das normas pela criança. A segunda concepção remete aos traumas que, devido a sua intensidade, impossibilitam uma reorganização interna e uma integração do psiquismo. Nesse trabalho, iremos nos deter nessa segunda concepção, com seu respectivo modelo e efeitos patológicos.

O modelo através do qual Ferenczi pensa o trauma desestruturante se encontra no artigo “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933/2011). Nele, podemos destacar três tipos de situações traumáticas: o amor forçado, as medidas punitivas insuportáveis e o terrorismo do sofrimento (Ferenczi, 1933/2011). De maneira esquemática, a dinâmica do trauma própria ao amor forçado se caracteriza pela sedução, geralmente incestuosa, sofrida pela criança. O segundo tipo se dá a partir de atos físicos violentos infligidos por adultos como punição ao que era vivido pela criança, até então, como brincadeira. O terrorismo do sofrimento, de maneira distinta, não pressupõe atos de violência física ou sexual, no entanto, seus danos são igualmente graves. Nessa situação, há uma inversão de

papéis, onde a criança é coagida a atuar como cuidadora de um adulto em quem ela deveria confiar e do qual depende. Em última instância, “as crianças carregam sobre seus frágeis ombros fardos de todos os outros membros da família”. (Ferenczi, 1933/2011, p. 121). O terrorismo dessa situação aprisiona a criança em uma situação na qual ela deve cuidar da mãe/ambiente que deveria cuidar dela. Vale ressaltar que a criança não faz isso de forma desinteressada, mas para “poder desfrutar de novo a paz desaparecida e a ternura que daí decorre” (Ferenczi, 1933/2011, p. 121).

Ainda nesse artigo, Ferenczi retoma a tese apresentada em “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) - na qual são sempre perturbações e conflitos reais com o mundo exterior que provocam traumas - para pensar o processo traumático a partir da ideia de uma confusão de línguas entre os adultos e a criança. Nesse sentido, Ferenczi estabelece a diferença entre a linguagem da criança, relacionada à ternura, e a linguagem do adulto, referida à paixão. A linguagem da ternura seria composta por aspectos pré-genitais, enquanto a do adulto seria tipicamente genital. Esta diferença, que já poderia, por si só, constituir um fator traumático, ganha um sentido propriamente patológico quando inserida em situações de sedução, punição ou abuso psicológico. A violência traumática que está em jogo na relação da criança com o adulto deriva de uma confusão de línguas, na qual as atitudes passionais dos adultos entram em confronto com a ternura da criança. Assim, temos a perspectiva das crianças que “nada mais pedem do que serem tratadas delicadamente, com ternura e doçura” (Ferenczi, 1932/1990, p. 115); e a dos adultos que “confundem as brincadeiras infantis com os desejos de uma pessoa que atingiu a maturidade sexual, e deixam-se arrastar para a prática de atos sexuais sem pensar nas consequências” (Ferenczi, 1933/2011, p. 116).

Além das atitudes passionais por parte dos adultos, Ferenczi destaca que o elemento traumático fundamental é o *desmentido*, ou seja, o momento no qual a criança busca a confirmação do trauma por ela vivido, mas o adulto nega a sua existência. No artigo “Análises de crianças com adultos” (1931), Ferenczi já explicita a importância do *desmentido*¹¹, quando escreve que

¹¹ Na tradução brasileira de “Análise de crianças com adultos” (1931), publicada pela editora Martins Fontes, o termo *Verleugnung* foi traduzido por “negação”. Porém, o termo alemão é mais bem traduzido para o português por *desmentido*. Para um estudo aprofundado remetemos o leitor ao capítulo “A *Verleugnung*: o desmentido e as dimensões relacional e social do trauma” (2019c) do livro *Por que Ferenczi?* de Daniel Kupermann, publicado pela editora Zagadoni em 2019.

o pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico (Ferenczi, 1931/2011, p. 91).

Nessa concepção, o fator traumático por excelência diz respeito ao ambiente, ou seja, à maneira pela qual a criança é acolhida; se ela tem o seu pedido de ajuda repellido ou entendido como tolice ou se é compreendida e acolhida com *sinceridade* (Ferenczi, 1933/2011).

Para detalharmos um pouco mais a concepção ferencziana acerca do trauma, Avello (2006) propõe que a pensemos como um processo que se constitui através de três tempos. O primeiro diz respeito a uma situação na qual existe uma relação prévia entre alguém que ocupa uma posição de poder (que em um dado momento se comporta como o agressor) e alguém em posição de submissão/dependência e fragilidade em relação ao primeiro (o futuro receptor da agressão). Partindo dessa primeira configuração vertical, o segundo tempo do trauma se constitui com o início de um processo que se desencadeia no psiquismo do agredido. Esse processo recebe o nome de “identificação com o agressor”. Por fim, no terceiro tempo, o agressor e o restante do entorno significativo do agredido, dificultam ou impedem que este consiga elaborar o ocorrido, uma vez que há um desmentido acerca da experiência vivida.

Sobre o processo de “identificação com o agressor”, Avello (2006) explicita que o elemento desencadeador é o medo do agressor, o “ponto culminante” diante dos três tipos de intervenção do adulto: o amor forçado, os castigos passionais (as medidas punitivas insuportáveis) e o terrorismo do sofrimento. E para pôr em marcha a sequência de introjeção do agressor, não se trata apenas de uma questão quantitativa, de intensidade, mas também qualitativa, pois depende do vínculo afetivo prévio que existe com o agressor. Em outras palavras, são as figuras afetivamente significativas as que têm capacidade de levar o medo ao ponto culminante, como, por exemplo, os pais, no caso de uma criança, ou o analista, no caso de um paciente. Segundo Ferenczi, em seu artigo “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933),

esse medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas, e a identificar-se totalmente com o agressor. Por identificação, digamos, por introjeção do agressor, este desaparece enquanto realidade exterior, e torna-se intrapsíquico (Ferenczi, 1933/2011, p. 117).

Segundo Avello (2006), o *desmentido* pode ser entendido como uma dupla negação, a do adulto que nega a situação traumática (os seus atos) e também a da criança que, através da identificação ansiosa com o agressor, nega mimeticamente a angústia em curso. Esse processo produz como resultante um determinado tipo de fenômeno que Ferenczi nomeava, em seu *Diário Clínico*, como um “transplante estranho”, como uma “vontade estranha”. Para pensar o que os seus pacientes narravam como uma “vontade estranha”, Ferenczi passa a criar hipóteses sobre a constituição do Superego. Aqui, não seria o Superego descrito por Freud, entendido como uma cisão no ego que se instaura como instância parental a partir do complexo de Édipo. Ferenczi marca uma distinção adicionando alguns adjetivos, como, por exemplo, “Superego louco”, “Superego feroz” ou “Superego nocivo”. Em seu *Diário Clínico* (1932), Ferenczi descreve a irrupção do “Superego nocivo” da seguinte maneira,

dor e o medo paralisam as forças de coesão e de sobrevivência da pessoa, e é nesse ‘tecido que se tornou flácido e sem resistência’ que penetra a vontade estranha, trazida pelo ódio e o prazer de agredir, com todas as suas tendências, ao passo que uma parte de sua espontaneidade própria é empurrada para fora da pessoa. O resultado desse processo é, por um lado, a implantação na alma da vítima de conteúdos psíquicos causadores de desprazer, provocadores de dor e de tensão [...] (Ferenczi, 1932/1990, p. 113).

Podemos destacar que essa anotação descreve a sequência que se sucede à “identificação com o agressor” e esclarece a origem desse “Superego louco”, “nocivo” e “feroz”, “não assimilado”. Assim, torna-se um pouco mais clara a observação da característica particular dessa concepção de Superego, de ser provocador de desprazer, de dor e de ser não integrado, ou seja, de ser experienciado como estranho ao ego.

Em “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933/2011), Ferenczi descreve que uma criança severamente traumatizada chega finalmente a formar uma personalidade feita unicamente de Id e Superego, ou seja, uma personalidade onde as funções de mediação egoicas estão reduzidas e a força tirânica de um Superego nocivo se impõe, muitas vezes, de forma dissociada. Podemos acompanhar, através de suas anotações, a tentativa feita por Ferenczi de avançar em suas hipóteses. Ou seja, se em “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933), Ferenczi apresenta que, pela introjeção do agressor, este desaparece enquanto realidade externa e torna-se intrapsíquico, nas reflexões de seu *Diário Clínico* (1932), ele descreve o Superego como o lugar intrapsíquico ocupado pelo agressor; lugar ocupado por uma vontade estranha que se constitui como um Superego nocivo. Assim, “o traumatizado se torna um sujeito que obedece mecanicamente a ‘vontade estranha’ do agressor que foi convertido em seu próprio Superego clivado” (Avello, 2006, p. 183).

O processo de identificação com o agressor é acompanhado de clivagens no ego. Em seu *Diário clínico* (1932/1990), Ferenczi afirma que, diante de uma excitação muito intensa, o ego, por não conseguir se defender de maneira aloplástica (modificando a excitação), é obrigado a reagir de forma autoplástica (modificando-se a si mesmo), produzindo com isso decomposições, fragmentações e pulverizações. Por ausência de defesas mais consistentes à situação traumática, o ego efetua uma tentativa de apagar definitivamente o acontecido. Assim, uma dor “não experimentada” pelo sujeito ou “anestesiada”, por meio de clivagens no ego, favorece o retorno à tranquilidade anterior ao trauma e impede a presença consciente de partes insuportáveis da experiência traumática.

A clivagem, enquanto mecanismo de defesa arcaico, opera uma ruptura que resulta na destruição brutal de uma parte do ego, deixando subsistir uma “outra que, de certo modo, sabe tudo, mas nada sente” (Ferenczi, 1931/2011, p. 88). Assim, diante de uma intensidade que não pode ser absorvida, o ego é cindido em uma tentativa de distribuir essa energia e apagar a experiência. Essas partes dissociadas da personalidade podem conviver de forma simultânea e independente uma da outra, buscando tornar o conflito psíquico inexistente (Ferenczi, 1934/2011).

Ainda acerca dos efeitos do trauma, Ferenczi destaca, no artigo “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933/2011), os conceitos de regressão e de

progressão traumáticas. A primeira se refere a uma tentativa, por parte da criança, de voltar ao período que antecede ao trauma, com o intuito de tornar o choque inexistente, conforme mencionado acima. Já a progressão traumática implica em uma prematuração patológica na qual certas faculdades, ainda potenciais na criança, tenderiam a se desenvolver abruptamente diante da pressão da urgência traumática como a “maturidade apressada de um fruto bichado” (Ferenczi, 1933/2011, p. 119).

Segundo Reis, a especificidade desse tipo de medida de defesa é que a

[...] ameaça percebida, nesse caso, é de aniquilamento e não de castração, considerando o que esta significa em sua dimensão de renúncia pulsional, de restrição e, mesmo, de punição. O recurso à clivagem implica em uma ruptura na superfície do *eu*, trazendo a mobilização e imobilização de intensas forças de defesa, cujo objetivo é manter separados aspectos do *eu*, memórias de vivências, enfim, conteúdos psíquicos carregados de um excesso de excitação não passível de derivação (Reis, 2017, p. 104).

Nessa perspectiva adaptativa e relacional introduzida por Ferenczi, temos um bebê ou uma criança (ego precoce) que lança mão de todos os artifícios possíveis para lidar com um ambiente que não pôde se adaptar às suas necessidades primárias de amor, acolhimento e ternura. Esses artifícios são pensados como mecanismos de defesa primitivos, cisões ou clivagens no ego, que irão variar de intensidade a partir da presença ou da ausência de um ambiente acolhedor/adaptativo. Para exemplificar essa dinâmica, Ferenczi nos oferece um exemplo da biologia, no qual um organismo, diante de um perigo mortal, elimina uma parte de si mesmo para garantir a sua sobrevivência.¹²

Para Bokanowski (1996), os conflitos entre Freud e Ferenczi, situados no início dos anos 1930, se tornaram inevitáveis, justamente, devido a tais investigações em torno do conceito de trauma. Na visão de Freud, afirmar que a compulsão à repetição resulta de uma situação traumática real é enfatizar, erroneamente, o objeto responsável e subestimar os recursos que o aparelho psíquico possui para transformar o trauma e o sofrimento psíquico a ele associado. De forma distinta, para Ferenczi, o ambiente tem sim uma importância crucial, tanto no sentido da constituição da experiência traumática patológica, como no

¹² Ferenczi descreve esse fenômeno como *autotomia* e para ilustrá-lo dá o exemplo da lagartixa que cinde e abandona o próprio rabo para escapar do predador (Ferenczi, 1924c2011).

amortecimento e possível anulação do seu impacto sobre a criança (Ferenczi, 1931/2011). Esse entendimento gerou uma série de divergências com Freud, pois para este:

o comportamento do paciente é essencialmente determinado por conflitos intrapsíquicos, e mesmo o que ele narra das relações com seus próximos deve ser ‘traduzido’ em termos desses conflitos. Ora, na vertente ferencziana, ele é em medida nada desprezível um conjunto de reações ao que o analista instaura como ‘ambiente’, o que equivale a salientar o caráter *relacional* do processo (Mezan, 2014, p. 347, grifo do autor).

Ao pensar a experiência traumática por um viés relacional e enfatizar a dimensão terapêutica das regressões e repetições em análise, a questão que se coloca é de como manejar tais situações. Em outras palavras, a pergunta que se coloca é: qual é a função do analista e como este deve proceder para que regressões em análise possam encontrar uma progressão não traumática.

2.5 Regressões em análise e o seu manejo clínico

Para iniciarmos a discussão sobre a técnica e o manejo das regressões, precisamos retomar alguns pontos que já foram apresentados. Como vimos, Ferenczi percebe que a intensificação das frustrações propostas pela técnica ativa acabava reproduzindo as experiências traumáticas, na atualidade da transferência, dentro de uma situação de submissão, inviabilizando que a repetição encontrasse um outro destino. Diante dessa constatação, Ferenczi busca adotar uma atitude mais relaxada e espontânea, de *laisser-faire*, que deveria permear a relação entre analista e paciente. A questão que Ferenczi persegue nesse momento é a de criar as condições necessárias para que os traumas da primeira infância sejam revividos em uma situação distinta da ocorrida no passado, evitando, assim, a produção de novos traumas na atualidade da transferência. Nesse sentido, Ferenczi começa a pensar em algumas medidas a serem adotadas por parte do analista para que a atmosfera, no *setting*, pudesse se tornar menos tensa e submissa. Assim, Ferenczi destaca

[que] nada mais nocivo em análise do que uma atitude de professor ou mesmo de médico autoritário. Todas as interpretações devem ter mais o caráter de proposição do que uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente mas também porque podemos efetivamente estar enganados (Ferenczi, 1928/2011, p. 36).

Essa proposta em relação às interpretações nos remete ao que Ferenczi discute acerca do narcisismo do analista, que se coloca em uma posição de tudo saber (onisciência), na qual qualquer atrito que possa surgir com o paciente diz respeito, unilateralmente, às resistências deste e nunca às resistências do próprio analista. Ferenczi destaca que os pacientes percebem, de uma maneira muito sutil às vezes, não totalmente consciente, as resistências, os pensamentos e as emoções de seus analistas. Não se sabe ao certo se essa percepção se dá pelo tom de voz, na escolha das palavras, ou de alguma outra maneira. Seja como for, os pacientes não se sentem convencidos com uma expressão teatral de piedade, mas apenas com uma simpatia autêntica. Ferenczi indica em uma nota de 7 de janeiro de seu *Diário Clínico*, que “a *naturalidade* e a *honestidade* do comportamento constituem o clima mais adequado e mais favorável à situação analítica” (Ferenczi, 1932/1990, p. 44, grifo do autor).

Em “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), podemos extrair uma proposta similar, quando Ferenczi destaca que a atitude do analista deve ser *amistosamente benevolente*, e sublinha que não se deve tratar o paciente com uma *severidade* ou *amor fingidos*, pois assim não se estaria respeitando a principal regra da psicanálise, que é a *sinceridade* (Ferenczi, 1930/2011). Há aqui um elemento que estava implícito, mas que foi agora destacado: a *sinceridade*. Muitas vezes, no próprio texto ferencziano, é possível interpretarmos a sinceridade como uma confissão do analista sobre os seus sentimentos em relação ao paciente. No entanto, gostaríamos de propor uma outra interpretação, uma vez que a *sinceridade*, como também assinala Ferenczi, constitui um elemento fundamental para que se estabeleça uma relação de *confiança*.

Em “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933), Ferenczi aborda a hipocrisia profissional como sendo um problema técnico que diz respeito ao que se passa com o analista, à sua contratransferência. Os analistas tentam manter uma atitude polidamente amistosa e acolhedora, quando, na realidade, certos

traços externos ou internos do paciente são dificilmente suportáveis. Ou ainda, quando algum elemento da sessão gera alguma perturbação na atenção do analista, que a direciona para uma preocupação profissional mais importante ou para uma preocupação pessoal e íntima. Essa hipocrisia, como sublinha Ferenczi, é sentida pelos pacientes “com todos os seus membros, [e] não difere do estado de coisas que outrora, ou seja, na infância o fez adoecer” (Ferenczi, 1933/2011, p. 114).

Essa postura sincera tenderia a reduzir o abismo entre as linguagens, entre o adulto/analista e a criança/paciente, uma vez que o analista passa a ser percebido pelo paciente como uma pessoa real, que também erra e que é capaz de admitir seus erros. Essas atitudes do analista visam ao estabelecimento de uma *atmosfera de confiança*, sendo esta o elemento que marca o “*contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico*” (Ferenczi, 1933/2011, p. 114, grifo do autor).

Além da *sinceridade*, vimos que Ferenczi, diante de certos pacientes regredidos, destaca a necessidade de se reduzir as exigências técnicas tradicionais, como por exemplo, o não atendimento das demandas dos pacientes, ou seja, a manutenção rigorosa de um estado de abstinência. Para discutirmos esse ponto, teremos que retomar o artigo de 1929 “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, onde Ferenczi apresenta dois casos clínicos de pacientes que, quando vieram ao mundo, passaram por falhas significativas no acolhimento por parte do ambiente e que, na vida adulta, mostravam-se desprovidos de vontade de viver. Nessas análises, Ferenczi constata que

(...) todos os indícios confirmam que essas crianças registraram bem os sinais conscientes ou inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada. Os menores acontecimentos, no decorrer da vida posterior, eram bastantes para suscitar nelas a vontade de morrer, mesmo que fosse compensada por uma forte tensão da vontade. Pessimismo mortal e filosófico, ceticismo e desconfiança, tornaram-se os traços de caráter mais salientes desses indivíduos (Ferenczi, 1929/2011, p. 57).

Para Ferenczi, a força vital no início da vida ainda é muito fraca e cabe ao ambiente poder imunizar as tendências a autodestruição (pulsão de morte). Do contrário, poderia acontecer um “destrinçamento” das pulsões, e nos casos onde as crianças são acolhidas com rudeza e sem carinho, elas “morrem facilmente e de

bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente, ou se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida” (Ferenczi, 1929/2011, p. 58).

Nesses casos, Ferenczi também percebe que o conflito edipiano constituía uma verdadeira prova de força e que os pacientes não estavam à altura para enfrentá-lo, assim como tampouco estavam à altura dos problemas de adaptação à vida conjugal e às frustrações corriqueiras impostas pela vida cotidiana. Devido à precocidade do trauma e da diminuição da vontade de viver, Ferenczi nota que é necessário reduzir as exigências de trabalho dos pacientes, ou seja, flexibilizar as regras inerentes à técnica e se adaptar às particularidades de cada analisando. Nesse sentido, Ferenczi sublinha a necessidade de adaptar-se ao paciente, dentro de uma atmosfera de confiança e relaxamento, criando as condições para que este possa “desfrutar pela primeira vez a irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos *positivos* de vida e razões para continuar existindo” (Ferenczi, 1929/2011, p. 59, grifo do autor).

Para que essa atmosfera seja criada é fundamental que exista um nível bom de relaxamento (*laissez-faire*) no *setting*, o que implica em gratificar certas demandas dos pacientes. Aqui é importante destacarmos que Ferenczi faz ressalvas e traça certos limites ao atendimento dessas demandas:

não será admitida a satisfação de desejos ativamente agressivos nem de desejos sexuais, assim como muitas outras exigências excessivas: o que fornece ao paciente numerosas ocasiões para aprender a renúncia e a adaptação. A nossa atitude amistosa e benevolente pode, sem dúvida, satisfazer a parte infantil da personalidade, a parte faminta de ternura, mas não a que logrou escapar às inibições do desenvolvimento e tornar-se adulta (Ferenczi, 1930/2011, p. 76)

Nessa citação podemos apreender que Ferenczi está se referindo à sua concepção do trauma, mais especificamente, a sua compreensão da clivagem que cinde o ego em uma “parte infantil” que anseia por ternura, e uma “parte adulta” que se desenvolveu e que busca a satisfação de desejos sexuais e agressivos. A observação que Ferenczi faz é que o atendimento de certas demandas, aquelas que remetem às necessidades da criança/ternura, não conduz necessariamente a uma voracidade de

demandas de satisfações sexuais, mas tendem a evoluir para o fortalecimento da transferência positiva e da criação de uma atmosfera de confiança.

Ferenczi não descarta os princípios básicos da técnica psicanalítica, mas aponta que, em certas situações regressivas, torna-se necessário um outro tipo de abordagem, mais permissiva, espontânea e empática. Somente mais tarde, em um segundo momento, é que se pode abordar, com prudência, as exigências de frustração. Em sua compreensão, essas análises, assim como qualquer outra, deve seguir pela eliminação das resistências e pela adaptação à realidade rica em frustrações, mas “completada também – devemos-lo esperar – pela faculdade de desfrutar a felicidade onde ela realmente for oferecida” (Ferenczi, 1929/2011, p. 50).

As regressões promovidas pelo princípio de relaxamento permitiram que Ferenczi tivesse acesso às partes clivadas de seus pacientes, muitas vezes expressas por fragmentos de lembranças, expressões corporais e estados de transe com vivências alucinatórias. A questão que surge nesse momento é de como se dirigir a um paciente em estado de profunda regressão?

Ferenczi constata que as associações do paciente, em situação de relaxamento, vão se tornando cada vez mais livres, fazendo com que o paciente se expresse de formas mais ingênuas, poderíamos dizer mais infantis. Em “Análise de crianças com adultos” (1931), Ferenczi descreve o caso de um paciente que subitamente passa um braço ao redor de seu pescoço e, sussurrando ao seu ouvido, diz: “sabe, vovô, receio que vou ter um bebê...”. Ferenczi, ao invés de lhe responder com uma interpretação transferencial, tem a profícua ideia de lhe responder com uma nova pergunta em um tom similar ao do paciente: “Ah, sim, mas por que é que você pensa nisso?”. O ponto importante dessa intervenção é o tom de voz e a escolha de palavras utilizadas por Ferenczi, pois ao responder de uma maneira adaptada à inteligência de uma criança, ele pôde adentrar na atmosfera lúdica e infantil da sessão. Ferenczi nos alerta que qualquer intervenção que não seja bastante simples e adaptada, por mais acertada teoricamente que seja, interrompe o diálogo. Mais de uma vez, os pacientes lhe disseram que ele “havia sido desastrado, que tinha, por assim dizer, estragado o jogo” (Ferenczi, 1931/2011, p. 83).

O espaço analítico passa então a se configurar como um espaço de jogo, no qual duas crianças jogam. Assim, permitindo-se jogar com seus pacientes, Ferenczi constata que

esses jogos continham mais de uma realidade grave da infância. Obtive prova disso quando, a partir desses procedimentos mais ou menos lúdicos, alguns pacientes começaram a mergulhar numa espécie de transe alucinatório, durante o qual encenavam diante de mim acontecimentos traumáticos cuja lembrança inconsciente estava igualmente dissimulada atrás das verbalizações lúdicas (Ferenczi, 1931/2011, p. 83).

Kupermann (2008) destaca que o principal aspecto da “análise como jogo” é a maneira como Ferenczi pensa a produção de sentido, pois este se daria “no próprio exercício sensível do brincar, sendo que a sua interrupção por intermédio de qualquer apelo intelectual ou furor interpretativo destacado da experiência, só poderia mesmo estragar o jogo” (Kupermann, 2008, p. 83).

Além de estragar o jogo, Ferenczi nos alerta que, em estados de profunda regressão, de caráter alucinatório ou de transe, as interpretações do analista podem ter um efeito sugestivo nocivo. Nesses estados, o psiquismo do paciente encontra-se sem muitas resistências e, por isso, não se deve abusar dessas situações para impregnar os pacientes de teorias e formações fantasísticas próprias do analista. A condução nesses momentos precisa ser com o mínimo de intervenções, de uma maneira adaptada e empática, buscando, através de perguntas simples, criar as condições para que o paciente possa “aumentar a capacidade de elaboração de suas próprias produções” (Ferenczi, 1931/2011, p. 87).

O trabalho analítico não deve ser reduzido à reativação do estado infantil e à reprodução atuada dos traumas. O material lúdico atuado ou repetido sob qualquer outra forma de manifestação, deve ser submetido, em um segundo momento, a uma investigação analítica. Ferenczi, nesse ponto, é enfático: “nunca deixo terminar uma sessão sem analisar a fundo o material atuado, utilizando plenamente, é claro, tudo o que sabemos da transferência, da resistência e da metapsicologia da formação do sintoma, nem sem tornar consciente esse material para o paciente” (Ferenczi, 1931/2011, p. 85).

Em sua concepção, o material que surge dessas repetições em análise deve ser em seguida, analisado e interpretado, e o trabalho de (re)construção efetuado pela dupla paciente-analista visa à transformação dessas repetições em rememoração. Essa passagem, no entanto, não se faz de maneira trivial. Ferenczi, em uma nota do dia 14 de agosto de 1932 de seu *Diário Clínico*, descreve que muitas vezes, em situações de profunda regressão, certos conteúdos psíquicos clivados entram em contato, o que pode acarretar em manifestações intensas como convulsões, cóleras, risos irreprimíveis, uma série de expressões emocionais incontroláveis – que podem ser seguidas de um esgotamento, como no despertar de um pesadelo. Essas situações são vividas como se não se passasse de um sonho ruim, sem que o paciente tenha uma convicção duradoura quanto à realidade do que aconteceu. Ferenczi conclui que no lugar da rememoração, a repetição redundou numa crise de histeria, seguida de uma amnésia emocional. A pergunta que ele faz é “o que é que pode levar aqui a uma mudança?”. A sua resposta é “unicamente a confiança na bondade e na compreensão do analista”. Para Ferenczi, é crucial que a relação entre analista-paciente seja permeada por uma atmosfera de sinceridade e confiança, pois apenas dessa maneira é possível “evitar a explosão quando do contato entre o mundo dos sentimentos e do pensamento [apenas dessa maneira os pacientes] consentem que a rememoração assuma, enfim, o lugar das repetições” (Ferenczi, 1932/1991, p. 252).

Após essa exposição, temos alguns elementos importantes que merecem destaque. A clínica com os pacientes difíceis fez com que Ferenczi traçasse outras coordenadas e princípios para a técnica psicanalítica. Em outras palavras, Ferenczi problematiza a técnica psicanalítica clássica quando passa a articulá-la à repetição da experiência traumática em análise. A fidedignidade da repetição passou a ser relacionada à atmosfera de tensão produzida pelo princípio de abstinência e pela frustração das demandas, assim como a neutralidade e o silêncio do analista ganham os seus correlatos na hipocrisia e no desmentido vividos no passado do paciente. A partir desse quadro, podemos destacar como a *confiança* e a *sinceridade* são os elementos centrais para se produzir uma atmosfera distinta àquela da experiência traumática. Neste modelo a situação analítica passou a ser pensada como um espaço que pode proporcionar regressões terapêuticas que visem a descongelar o paciente

do ponto traumático em que estava fixado. Assim, busca-se criar as possibilidades para uma nova progressão, desta vez não traumática (Ferenczi, 1933/2011).

Segundo Mezan (2014), as últimas contribuições de Ferenczi à psicanálise justificam tomá-lo como ponto de partida de uma corrente psicanalítica que enfatiza o papel decisivo do ambiente na gênese dos processos de subjetivação, e que, no âmbito da técnica, também recomenda uma postura que leve em consideração o fator ambiental. Seguindo essa perspectiva relacional-objetal, inaugurada por Ferenczi, veremos, no próximo capítulo, como os trabalhos de Michael Balint – psicanalista cuja matriz clínica também era constituída por pacientes graves – poderão nos fornecer mais alguns elementos para a nossa investigação acerca da problemática do trauma e de seu manejo clínico.

3. Trauma em Michael Balint: o manejo clínico no nível da falha básica

No primeiro capítulo de “A falha básica” (1968), Balint questiona o porquê dos analistas, mesmo os mais experientes, terem fracassos ocasionais e casos difíceis. O principal motivo seria o desencontro entre os avanços teóricos sobre os processos psíquicos e a teoria sobre a técnica psicanalítica. Para Balint, a psicanálise desenvolveu interessantes teorias sobre a constituição psíquica e os processos internos, principalmente os mais primitivos, mas essas novas compreensões não trouxeram desdobramentos técnicos consistentes. É como se, no âmbito da técnica, ainda se recorresse, prioritariamente, aos parâmetros definidos por Freud na década de 1910: associação-livre, princípio de abstinência e interpretação, para citar alguns.

Balint realiza uma extensa pesquisa sobre as metapsicologias, principalmente, freudiana e kleiniana, assim como as respectivas teorias sobre a técnica psicanalítica, apontando, ao longo de sua investigação, os excessos, os reducionismos e as inconsistências. Diante desse panorama, ele propõe outra abordagem teórica sobre os primórdios da constituição subjetiva e sobre as experiências traumáticas primitivas. De uma maneira original, Balint desenvolve algumas hipóteses lançadas por Ferenczi, principalmente a ênfase que este dava aos objetos que compõem o ambiente primário nos momentos iniciais da constituição subjetiva, e extrai desse posicionamento teórico importantes consequências para o manejo clínico.

3.1. Balint e a análise dos “casos difíceis”

Balint, assim como Ferenczi, encontra na década de 1930 uma série de casos cujos sintomas não se enquadram em uma classificação psicopatológica clara, dificultando tanto o diagnóstico como o manejo terapêutico. Em um dos seus primeiros trabalhos, “Character Analysis and New Beginning” (1932), Balint relata que poderia citar diversos casos em que os sintomas neuróticos mais explícitos desaparecem ao longo do tratamento em relativamente pouco tempo, mas que o paciente permanece com uma acentuada dificuldade para amar, para afetar e ser afetado, nas relações que estabelece. Essas queixas, muitas vezes, surgem logo nas

primeiras sessões e permanecem mesmo quando os sintomas neuróticos são dissolvidos. Balint continua a sua exposição sobre esses pacientes, reiterando que

É difícil colocá-los sob qualquer rubrica diagnóstica. Sua queixa principal é que não conseguem encontrar seu lugar na vida. Nada está efetivamente errado com eles, ou, no máximo, têm alguns sintomas neuróticos insignificantes; mas não têm prazer com coisa alguma (Balint, 1932, p. 159).

Essa ausência de prazer, muitas vezes, é acompanhada de sentimentos de futilidade em relação à vida, de irrealidade ou de uma incapacidade de formar bons vínculos afetivos. Para explicar essas experiências narradas por seus pacientes, Balint retoma a tese apresentada por Ferenczi sobre a “confusão de línguas”, na qual as atitudes passionais dos adultos entram em confronto com a ternura da criança, e ressalta que:

usualmente foram adultos que, por suas ações, evocaram excitação sexual, produzindo no bebê indefeso quantidades de prazer ainda insuportáveis. Estas ações podem ter sido diretamente sexuais e, mesmo no sentido genital, mais frequentes do que tendemos a crer, mas não precisa ter sido assim. Mesmo as chamadas carícias inocentes, tais como beijinhos, abraços, brincadeiras de jogar a criança para o alto e rodopiá-la podem ter o mesmo infeliz resultado (Balint, 1932, p. 160).

E completa a explicação indicando que, na relação entre os pais e seus filhos, uma importante parcela da sexualidade recalcada dos adultos é expressa durante o período de criação da criança, passando por cima, às vezes, do atendimento das necessidades do infante e de suas possibilidades de suportar o aumento de excitação.

Nessas situações, temos um bebê ou uma criança que, por não possuir meios próprios, psíquicos ou anatômicos, para conter ou descarregar a excitação produzida, encontra-se excitado e ansioso. Além do bebê não ter recursos para escoar a excitação sexual evocada pela sexualidade reprimida do adulto, a excitação infantil, muitas vezes, é desmentida pelos adultos. Assim, a capacidade das crianças para descarregar a excitação, que já é precária, fica mais restrita, deixando o infante “entregue à sua ansiedade e agitação, entregue ao traumático” (Figueiredo, 2012, p.

21). Frequentemente, as crianças tenderão a esconder as suas excitações ou até mesmo negá-las. Em circunstâncias mais graves, pode-se desenvolver um determinado tipo de associação na qual “ficar excitado em presença de outras pessoas é sinônimo de perigo e assim fica carregada de ansiedade” (Balint, 1932, p. 162).

Balint dá continuidade às teses de Ferenczi de que o ambiente tem um papel central na constituição das experiências traumáticas, e que estas se caracterizam pela confusão entre a sexualidade infantil, expressa pela dimensão erótica da ternura, e a sexualidade adulta, caracterizada pela paixão e pela dimensão genital da experiência sexual. Diante dessas situações, defesas ao encontro traumático vão se constituindo e se configurando como formações de caráter. Balint apresenta uma definição ampla de caráter como sendo uma organização que “controla a relação do homem com os objetos de seu ódio e de seu amor” (Balint, 1932, p. 169). Esse controle poderá variar bastante em termos de rigidez, de efeitos impeditivos e defensivos. No entanto, sempre será uma forma de atenuar as intensidades afetivas, bem como os impactos dos objetos de amor e de ódio, ou seja, sempre haverá uma “limitação para a capacidade de amar e usufruir a vida” (Balint, 1932, p. 169). Assim, na origem da formação do caráter, podemos localizar um conjunto de medidas protetivas contra o perigo representado pelos excessos de excitação sexual e também pelos excessos de ameaças, medos e raivas.

Como Balint sinaliza no título de seu artigo, a análise do caráter torna-se central para esses casos, pois apenas com uma flexibilização de suas defesas o paciente poderia experimentar uma maior liberdade interior, assim como uma “adaptação mais elástica à realidade externa” (Figueiredo, 2012, p. 25). Além da análise do caráter, Balint destaca a experiência de “novo começo”. Retomaremos, de maneira mais detalhada e nas seções seguintes, a concepção de “novo começo” de Balint. Por ora, com o intuito de darmos continuidade à discussão em torno de seu artigo de 1932, nos deteremos na definição que se encontra nesse trabalho. Como vimos, o autor descreve a formação defensiva do caráter como uma resposta aos excessos vividos nas relações primordiais entre o bebê/criança e o ambiente/adultos. Essas formações de caráter tendem a limitar e, às vezes, esvaziar afetivamente as relações do indivíduo com o meio (pessoas) e também a dificultar o contato com os seus próprios sentimentos. Assim, diante desses quadros clínicos,

Balint descreve que “estas pessoas desconfiadas precisam aprender no curso do tratamento a se entregar novamente ao amor, ao prazer, ao divertimento, tão sem medo e tão inocentes como eram capazes na primeira infância” (Balint, 1932, p. 162).

O “novo começo” descrito por Balint diz respeito, portanto, à criação das condições, no *setting*, para que os pacientes possam expressar, através de experiências regressivas, aspectos referidos a sexualidade infantil, à ternura, que foram interrompidos no processo de desenvolvimento sexual. Para Balint, esses pacientes devem ser levados ao ponto que possam exercitar de novo “certas funções pulsionais [instintivas] que até então não podiam ser desempenhadas de forma nenhuma ou apenas com muita ansiedade ou, se isentas de ansiedade, sem prazer” (Balint, 1932, p. 162). E, de maneira distinta à situação traumática, para que o “novo começo” possa se estabelecer, é necessário que, na relação analista-paciente, a “quantidade de excitação, o grau de tensão, [seja] determinado pelo próprio paciente” (Balint, 1932, p. 163).

Podemos observar que Balint está pensando o trabalho analítico levando em conta o que Ferenczi definiu como *economia do sofrimento* (Ferenczi, 1930/2011). Nesse sentido, busca-se, devido à precocidade do trauma, reduzir as exigências de trabalho de certos pacientes, ou em certos momentos da análise. Essa flexibilização das regras inerentes à técnica deve ser adaptada às particularidades de cada paciente, visando à criação de uma atmosfera de confiança e relaxamento. Em uma atmosfera com essas qualidades, Ferenczi ressalta que o paciente talvez possa desfrutar da irresponsabilidade da infância, ou seja, em um estado de relaxamento, o paciente poderá se expressar de maneiras cada vez mais livres e ingênuas, pois estaria menos atento e preocupado com possíveis consequências ou represálias. Para Ferenczi, isto equivale a introduzir impulsos *positivos* de vida e razões para continuar existindo” (Ferenczi, 1929/2011, p. 59, grifo do autor).

Balint avança em suas formulações acerca do manejo clínico e da técnica psicanalítica no artigo “The final goal of psychoanalytic treatment” (1935). De uma maneira resumida, Balint discute o objetivo final do tratamento psicanalítico e indaga se uma análise, conduzida até o seu fim, teria como meta: transformar o inconsciente em consciente, ou levantar a amnésia infantil, ou fazer com que “onde

estava o id ali estará o ego”, ou, ainda, liberar os afetos estrangulados em um processo catártico. É neste ponto que Balint retomará a discussão sobre o “novo começo”.

Assim como Ferenczi, Balint nota que, após algumas resistências serem superadas, os pacientes passavam a realizar certas atividades prazerosas, muitas vezes, apegando-se a elas de maneira intensa. Além disso, durante certos processos regressivos, emergiam no *setting* demandas de gratificação infantis, que não se expressavam há muito tempo na vida do paciente. Diante dessas situações clínicas, Balint relata que se deu conta “de uma característica importante destas atividades prazerosas novamente começadas. *Elas são, sem exceção, dirigidas para objetos*” (Balint, 1935, p. 192, grifos do autor).

Com essa observação clínica, Balint constata que, mesmo em situações de regressões, as atividades dos pacientes e suas demandas se dirigiam a objetos. No *setting* analítico, tais objetos podem ser representados pelo analista. Essa recorrente constatação deu subsídios para que Balint fizesse uma revisão crítica da teoria freudiana sobre os primórdios da constituição subjetiva, ou seja, da teoria sobre narcisismo primário, definido como um estado anobjetal e autoerótico, e descrito por Freud em o “Esboço de Psicanálise” (1940 [1938]). Para sustentar a sua argumentação, Balint se utiliza da concepção apresentada por Ferenczi em *Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade* (1924c/2011), na qual o primeiro estágio do desenvolvimento libidinal é pensado como um amor objetal passivo. Como sinaliza Balint,

o que é importante para o nosso problema é que a criança, tal como repetidamente Ferenczi assinalou, vive em uma relação de objeto libidinal desde o começo e sem esta relação de objeto libidinal simplesmente não pode existir (Balint, 1935, p. 194).

Nesta concepção, a relação de objeto tem uma especificidade importante: ela é, antes de tudo, passiva, ou seja, “a criança não ama, mas é amada” (Balint, 1935, 194). Para Balint, todos os impulsos, incluindo os descritos como autoeróticos, estão primeiramente ligados a objetos. Essa relação objetal primitiva é sempre passiva e tem como meta o “ser gratificado” ou “ser amado”. Nesse

sentido, a meta passiva primária da sexualidade – o desejo de ser gratificado ou o desejo de ser amado – está presente desde o início e é preservada ao longo de toda a vida.

As falhas ao atendimento dessas demandas iniciais de amor, de ser amado, produzem efeitos importantes nas futuras relações objetais, ou seja, na maneira pela qual o indivíduo irá investir os seus objetos, em como poderá amar e se entregar passivamente ao amor e ao prazer obtido através da relação com outrem. Na clínica, as demandas que emergiam de seus pacientes eram *compreendidas* por Balint como estando referidas a esse momento inicial da constituição psíquica, do amor objetal passivo. A partir dessas reflexões, Balint pensará o adoecimento de seguinte maneira:

uma pessoa fica doente porque, desde sua infância, foi tratada com maior ou menor falta de gratificações necessárias enquanto outras, supérfluas, desimportantes ou mesmo nocivas eram-lhe impostas. Sua mente, além disso, teve de se submeter a forças externas: ela teve de construir várias estruturas e, sobretudo, o que chamamos de superego de forma a se fazer automaticamente capaz de evitar conflitos com a realidade (Balint, 1935, p. 197-198).

Figueiredo (2012) destaca a insistência de Balint no termo “compreensão”, como se este abarcasse duas funções importantes do ambiente: a de acolhimento e a de reconhecimento, cuja falta estaria na origem do adoecimento. Balint, nesse artigo, também propõe uma distinção – ainda não tão clara quanto ele fará nos futuros trabalhos – entre dois tipos de sofrimentos: o sofrimento daqueles que não foram excessivamente prejudicados em suas relações objetais; e o daqueles que sofreram severamente com a “confusão de línguas”. No primeiro grupo estão aqueles indivíduos que não sofreram de recorrentes falhas de compreensão e excesso de intrusão do meio, e que no decorrer de uma análise ficarão satisfeitos com o alívio da tomada de consciência dos elementos envolvidos em suas relações com os objetos e com o ambiente, desfrutando, como consequência, de uma ampliação das experiências prazerosas. Nessa descrição, podemos deduzir que se tratam de indivíduos cujo sofrimento remete a uma organização neurótica, e que serão agrupados, nos trabalhos posteriores de Balint, como sendo pacientes referidos ao nível edípico. O segundo grupo é composto por indivíduos que

“sofreram severamente com a ‘confusão de línguas’, cuja capacidade para amar foi artificialmente e de todo paralisada pela falta de compreensão em sua criação [...]” (Balint, 1935, p. 198). Aqui, Balint está se referindo aos pacientes designados como “casos difíceis”, conforme Ferenczi descrevia. Na clínica contemporânea, acompanhamos todo um esforço para delimitar a especificidade desse grupo heterogêneo, que dependendo do referencial teórico, será composto por pacientes esquizoides, personalidades falso-*self*, *borderlines* e pacientes limítrofes. Veremos, nas seções seguintes, que Balint irá utilizar uma outra nomenclatura e remeterá esses pacientes ao nível da falha básica.

Ainda nesse artigo de 1935, Balint discute certos aspectos da técnica psicanalítica, principalmente o uso da interpretação. Em ressonância com os trabalhos de Ferenczi, Balint destaca que as interpretações corretas são importantes, e o “correto” não diz respeito apenas ao conteúdo teórico psicanalítico, mas principalmente à forma e ao momento em que as interpretações são expressas pelo analista. As interpretações corretas são aquelas que mostram que o analista compreende “o pavilhão em que o paciente está hospitalizado e [que] não o tratará com a mesma falta de compreensão de que fora vítima no passado” (Balint, 1935, p. 198). Além desta observação sobre as interpretações, Balint descreve certas situações onde movimentos em direção a um “novo começo” ocorrem, e sublinha a importância da atenção e do tato do analista para que esses momentos sejam percebidos, atendidos e valorizados. Assim,

o mais importante aqui, entretanto, é que se deveria tomar nota das tentativas tímidas em direção a um “Novo Começo” para não as afugentar, uma vez que estas, com frequência, são delicadamente indicadas. Não se deve esquecer nunca de que os novos começos das relações libidinais de objeto perseguem metas passivas e somente podem ser conduzidas ao desenvolvimento com muito ‘tato’ e, no sentido literal, com o comportamento ‘amável’ do objeto (Balint, 1935, p. 198).

Como podemos acompanhar, Balint retoma a discussão iniciada por Ferenczi sobre a importância da qualidade do objeto, tanto na constituição psíquica como na relação entre o paciente e o analista. No *setting*, o analista será tomado como objeto/ambiente para o qual serão transferidos e com o qual serão revividas

demandas e medos muito primitivos, como os relacionados ao amor e à ternura, e também aqueles referidos às angústias de separação e ao ódio, ambos resultantes de falhas marcadas pelo excesso de ausência ou presença do entorno significativo.

As pesquisas de Balint sobre os primórdios da constituição psíquica caminham lado a lado com observações clínicas e discussões acerca da técnica psicanalítica. Assim como Ferenczi, Balint se dedicará aos estudos de pacientes graves, que frequentemente se encontram, no *setting*, em estados regressivos, tornando o manejo clínico mais “difícil” – mais específico, talvez. Nesse sentido, partindo destas observações, Balint propõe, ao longo de seus trabalhos, diversas modificações na técnica psicanalítica e nos oferece importantes coordenadas para manejar as regressões em análise, em uma tentativa de torná-las terapêuticas. Essas propostas serão desenvolvidas ao longo de uma nova teorização, tanto dos primórdios da constituição psíquica, como das experiências traumáticas. Iremos agora nos deter sobre essas concepções, a do *amor primário* e da *falha básica*.

3.2. Amor primário e falha básica

As observações clínicas de Balint sobre os movimentos regressivos de seus pacientes, o levaram a questionar uma das hipóteses mais importantes da teoria psicanalítica, a do narcisismo primário. Esse questionamento já está presente em seus primeiros trabalhos, principalmente, no artigo de 1937, “Early developmental states of the ego”, e será detalhadamente exposto em seu último livro *A falha básica*, de 1968. Para Balint, o conceito de narcisismo primário foi pouco explorado na literatura psicanalítica, e o que encontramos são as afirmações de Freud sendo repetidas. O narcisismo secundário, por outro lado, é amplamente discutido e está sustentado por ricas observações clínicas.

Diante dessa definição pouco específica e pouco amparada clinicamente, Balint realiza um estudo detalhado do narcisismo primário ao longo da obra de Freud. A conclusão a que chega Balint é que Freud parece ter conservado três pontos de vista distintos quanto aos primórdios da constituição psíquica do bebê e suas relações com o seu entorno. Balint destaca como sendo a mais antiga passagem sobre o tema aquela apresentada nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”

(1905/1989). Nela, Freud postula que, a princípio, a pulsão sexual se direciona para um objeto exterior ao corpo da criança e que, em um segundo momento, após a perda desse objeto, a pulsão se tornaria autoerótica. Freud ressalta que a perda desse objeto primário marca uma tendência à restauração dessa primeira relação objetal, e constitui, por exemplo, o modelo de todos os futuros relacionamentos amorosos. Logo, "o encontro do objeto é, na verdade, um reencontro" (Freud, 1905/1989, p. 209). Ainda nesse trabalho, Freud apresenta, em uma nota de rodapé acrescida em 1915, a descoberta de outra modalidade de satisfação sexual, a saber, a satisfação do encontro narcísico. Nesse ponto, Balint sublinha que, mesmo após o acréscimo dessa nota, Freud mantém a hipótese de uma relação de objeto primária em todas as futuras edições, corrigidas e revisadas pelo autor. Na interpretação de Balint, Freud acabou mantendo as duas hipóteses, pois talvez não tivesse a intenção ou a certeza necessária para abandonar a primeira.

No trabalho "Sobre o narcisismo: uma introdução" (1914b), Freud apresenta uma segunda teoria sobre as primeiras relações entre o bebê e seu entorno. Nessa nova concepção, o narcisismo surge como um estágio intermediário entre as pulsões autoeróticas, presentes desde o início, e as futuras relações de objeto. Nessa hipótese, não haveria, de início, uma unidade comparável com o ego, apenas uma atividade autoerótica, movida pelas pulsões sexuais, e o narcisismo primário seria resultado de uma "nova ação psíquica" (Freud, 1914b/2006, p. 84). O narcisismo, portanto, se apresenta como um estágio intermediário entre um momento autoerótico sem uma configuração de unidade egoica e as posteriores relações de objeto. Balint destaca que ambas as hipóteses, a apresentada nos "Três ensaios" e esta de 1914, descrevem o narcisismo essencialmente como um fenômeno secundário ou uma fase intermediária.

A última menção que Freud faz sobre esse tema se encontra no "Esboço de psicanálise" (1940[1938]/1975), no qual ele afirma que, a princípio, toda a cota disponível de libido é armazenada no ego, e que "chamamos este estado absoluto de narcisismo primário. [Este] perdura até o ego começar a catexizar as ideias dos objetos com a libido, a transformar libido narcísica em libido objetal" (Freud, 1940[1938]/1975, p. 176). Nessa concepção, o primórdio da constituição subjetiva é caracterizado, de início, por um narcisismo primário, anobjetal, cuja atividade pulsional sexual é descrita como autoerótica. Na compreensão de Balint, essa foi a

hipótese que se tornou a versão oficial sobre o narcisismo, e que foi amplamente divulgada, talvez por ter sido a última formulação de Freud sobre o tema.

Para Balint, Freud conserva três teorias sobre os primórdios das relações objetais (amor objetal primário, autoerotismo e narcisismo primário) sem tomá-las como contraditórias ou excludentes. Essa falta de delimitação conceitual teria tornado a definição de narcisismo primário extremamente ampla e improdutiva clinicamente. Além disso, Balint argumenta que a descrição que Freud faz do narcisismo primário poderia ser presumida sem a exigência de um fato clinicamente observável. O narcisismo secundário, por outro lado, possui dados clínicos observáveis e descreve um estado no qual parte da libido que se encontrava investida em objetos externos é retirada para voltar-se para o ego (Balint, 1968/2014).

Diante das contradições teóricas e da escassa observação clínica acerca do narcisismo primário, Balint começa a elaborar, desde os seus primeiros artigos da década de 1930, uma teoria que pretendia dar conta das relações mais primitivas do bebê com o ambiente. Em “The final goal of psychoanalytic treatment” (1935), Balint constata que as regressões em análise, vividas por seus pacientes, levava-os a se manifestarem de maneira bastante regredida. Tais manifestações, que muitas vezes seriam descritas como autoeróticas, emergiam como uma reação à incompreensão do ambiente no atendimento de certas demandas. O que se reproduzia no *setting*, na relação analista-paciente, embasava clinicamente a hipótese formulada por Ferenczi em “*Thalassa*” de que o primeiro estágio do desenvolvimento erótico do sentido de realidade é o estágio de amor de objeto passivo. Na esteira de Ferenczi, Balint constata que:

primeiro há uma inequívoca relação objetal primitivo-infantil, e esta - se não for corretamente compreendida e tratada - resulta em demandas irrealizáveis e em um estado narcísico bastante desagradável para todo o ambiente (como é o caso com uma criança mimada); porém se manejada corretamente, proporcionará uma relação sem conflitos para o sujeito e para aqueles a sua volta (Balint, 1935, p.193)

As teses sobre o amor primário serão ampliadas e desenvolvidas com maior precisão no artigo de 1937 “Early developmental states of the ego”. Nesse trabalho, Balint descreve que a necessidade de ser amado incondicionalmente é a forma primária de amor, um tipo particular de relação de objeto, na qual ainda não há uma distinção nítida entre o eu e o mundo. Essa fase,

a mais precoce fase da vida mental extra-uterina não é narcísica: é dirigida a objetos, mas essa relação objetal precoce é passiva. Resumidamente seu objetivo é: eu devo ser amado e satisfeito, sem estar sob qualquer obrigação de dar algo em troca (Balint, 1937, p. 98).

O amor primário tem como base a relação mãe-bebê, na qual ambos se encontram em harmonia, sem a exigência de satisfações unilaterais. “Na verdade, o que é bom para um vai bem para o outro” (Balint, 1935, p. 102). Nessa relação objetal primária, os dois dependem um do outro e estão sintonizados, numa espécie de unidade-dual, de tal forma que não há a exigência de uma retribuição.

A partir de seus trabalhos nos anos 1950, principalmente, em *Thrills and regressions* (1959), Balint passa a descrever os primórdios da relação entre o bebê e o ambiente como sendo composto por substâncias. Nessa fase, definida como sendo a do amor primário, o bebê se encontra em uma espécie de mistura harmoniosa, na qual não há limites precisos entre o indivíduo e o entorno. Balint descreve esse estágio do desenvolvimento como um momento no qual ainda não há objetos, “embora já haja indivíduo, que está cercado, quase flutua, em substâncias sem fronteiras exatas; as substâncias e o indivíduo se interpenetram; isto é, eles vivem em uma mistura harmoniosa” (Balint, 1959/1987, p. 67). Essa posição é, paradoxalmente, uma relação objetal, na qual ainda não há, propriamente, uma representação do sujeito nem do objeto. Ela se baseia na dependência amorosa que não se caracteriza pela satisfação pulsional em termos de descarga, mas pela ideia de um “bem-estar”, de uma “mescla harmoniosa” e interpenetrante. Assim,

o amor primário é um relacionamento no qual apenas um parceiro pode ter demandas e reivindicações; o outro parceiro (ou parceiros, i.e o mundo como um todo) não pode possuir interesses, desejos, demandas

peçoais. Há, e deve haver, uma completa harmonia, i.e uma completa identidade de desejos e satisfações (Balint, 1959/1987, p. 22).

Nessa relação harmônica do amor primário, o indivíduo/bebê dá como certo que os desejos, expectativas e interesses do objeto, ou a expansão amistosa, serão os mesmos que os seus, “o que explica por que tal estado é, com muita frequência, chamado de ‘estado de onipotência’” (Balint, 1968/2014, p. 84). Nesse quadro, o investimento do entorno é primário em relação ao investimento narcísico, o qual adviria como uma reação ao rompimento ou à desarmonia da sensação anterior de unidade. Assim, para Balint, todo narcisismo é, por definição, secundário. Podemos sublinhar que essa concepção de um momento inicial baseado em uma unidade harmoniosa, interpenetrante e, paradoxalmente, relacional, constitui uma proposta que Balint faz diante da imprecisão deixada por Freud em sua teoria sobre os primórdios da constituição psíquica.

Partindo dessa concepção sobre os primórdios da constituição subjetiva, Balint também desenvolverá uma teoria sobre o trauma e os seus efeitos nas futuras relações objetais. A harmonia preponderante da fase do amor primário irá, ao longo do desenvolvimento e a partir do contato e da interação com a realidade externa, sofrer uma série de perturbações. Estas, quando não há um acolhimento e uma sustentação do ambiente, podem acarretar reações que se expressam por sintomas intensos, de natureza frequentemente destrutiva, agressiva ou profundamente desintegrada, e que são vividos pelo paciente como se o mundo inteiro, incluindo o próprio ego, tivesse sido rompido ou invadido por intensidades destrutivas. Esses fenômenos estariam referidos às experiências traumáticas vividas na passagem de um estado de harmonia originária para a constituição mais definitiva dos objetos; passagem traumática cujas marcas Balint chamou de *falha básica*.

A área da falha básica se constitui na passagem de um momento inicial harmônico, sem objetos delimitados, para um estado onde as experiências passam a se dar com objetos propriamente ditos. Nesse momento inicial, o bebê tem apenas a experiência de estar imerso em uma mistura harmoniosa, ou seja, o ambiente é vivido como uma substância desprovida de objeto tanto quanto de delimitação. A desarmonia provocada na relação entre o bebê e a mãe/ambiente pode variar de intensidade e de qualidade, o que acarretará em modulações da falha básica. Dito

de outra forma, a área da falha básica não é composta pelas mesmas cicatrizes em todas as pessoas. As falhas irão variar conforme as experiências singulares de cada um, ou seja, irão variar conforme as experiências de excesso ou de privação no atendimento das necessidades e cuidados dos primeiros anos de vida.

A falha básica, juntamente com a área da criação e a área edipiana, é uma das três áreas que compõem a nova tópica do psiquismo elaborada por Balint em *A Falha Básica*, de 1968. Cada uma dessas áreas possui certas características específicas, sendo a da criação e a da falha básica mais primitivas em relação à área edipiana. A compreensão das especificidades constituintes de cada área pode ser utilizada como um balizador clínico, uma vez que, dependendo dos fenômenos regressivos que ocorrem no *setting*, a resposta do analista precisa ser devidamente ajustada.

Balint descreve que o termo “falha básica” foi escolhido para designar essa área ou nível, pois os fenômenos que se encontram são mais primitivos, característicos de relações bipessoais, ou seja, são mais básicos do que as relações tripessoais que constituem o nível edípico. Além disso, “básico” também se refere a basilar, ou seja, aos alicerces estruturais do indivíduo, que envolvem, em diferentes graus, tanto a mente quanto o corpo. A palavra “falha” também não foi escolhida à toa. Aproveitando a metáfora, a falha nos remete às rachaduras ou irregularidades que, “em circunstâncias normais, estariam escondidas, mas, se houver pressões ou forças, podem levar a uma ruptura, alterando profundamente a estrutura total” (Balint, 1968/2014, p. 45). Assim, a falha traz a ideia de uma fenda ou um corte, que não busca satisfação como uma pulsão, ou que não se resolve como um conflito, mas que pode ser preenchida até se tornar uma simples e indolor cicatriz. Outro motivo para a escolha de “falha” diz respeito ao relato dos pacientes. Estes, muitas vezes, descrevem haver uma falha dentro de si, e que vem acompanhada de um sentimento de que essa falha foi provocada por algum descuido de alguém, como se alguém tivesse falhado com eles.

Podemos observar, sobretudo clinicamente, certas modalidades de vivências emocionais que estariam permeadas, de forma mais impregnada, pela ação da falha básica. Alguns pacientes, por exemplo, sentem que o entorno é negligente e intencionalmente lhe priva de cuidados. Esse sentimento diz respeito a uma posição

subjetiva de constante suspeita em relação aos objetos. Outros pacientes têm um profundo sentimento de culpa por não conseguirem conquistar a atenção e o afeto do entorno, responsabilizam-se pelas falhas e ausências dos objetos primordiais, constituindo uma posição subjetiva de desconfiança em relação às próprias potencialidades. Ambas as situações trazem a marca da inadequação, de um certo descompasso, entre aquilo que se refere ao ambiente e a si próprio, o que cria as condições para o surgimento de diferentes modalidades de relação com o objeto, como investigaremos adiante. Cabe ainda ressaltar que as “feridas abertas” oriundas da falha básica produzem, no indivíduo, angústias aniquiladoras e um apelo desesperado para que se “conserte” a deficiência que é sentida. Esses pacientes pedem urgentemente para que haja uma cicatrização.

A área edípiana foi a mais explorada pelos psicanalistas e, sobre ela, temos uma vasta bibliografia. Balint resume o nível edípico como sendo aquele em que todos os fenômenos, mesmo os relacionados a experiências genitais ou pré-genitais, ocorrem em uma relação triangular, ou seja, além do sujeito, existem sempre, pelo menos, dois objetos envolvidos. Estes podem ser duas pessoas, como descrito no complexo Édipo, ou uma pessoa e algum objeto, como nas esferas do erotismo anal e também oral. Nessas configurações, o segundo objeto é representado pelas fezes e seus diversos derivados, no caso do erotismo anal, ou, no caso da fase oral, pelo próprio alimento. Mesmo que essas duas esferas sejam consideradas como pré-genitais, a disposição da “relação relevante – certamente, na fase anal e nos últimos estágios da fase oral -, que consiste no sujeito e pelo menos dois objetos paralelos, coloca-os na área edípica, elevando-os a esse nível” (Balint, 1968/2014, p. 40).

Outra característica importante do nível edípico é que a força que opera nessa área assume a forma de um conflito, em geral proporcionado pela ambivalência entre o indivíduo e seus dois objetos. O exemplo mais estudado na literatura psicanalítica consiste em uma dinâmica na qual uma autoridade – externa ou interna – frustra ou proíbe alguma forma de gratificação, o que pode levar à fixação da libido, gerando, assim, uma tensão contínua. O trabalho analítico, nessas situações, visa à mobilização dessa quantidade de libido através da interpretação, ou “dando oportunidades ao paciente, na transferência, de regredir a fim de encontrar uma solução melhor” (Balint, 1968/2014, p. 40). Para Balint, é correto afirmar que se trata de um complexo nuclear, pois “todo o desenvolvimento humano

– individual ou coletivo – precisa passar por ela, conservando para sempre a marca da solução que o indivíduo ou a civilização em questão encontrou, em sua luta com os conflitos envolvidos” (Balint, 1968/2014, p. 50).

Ainda sobre o nível edipiano, Balint faz uma importante observação acerca da maneira pela qual a linguagem é experienciada neste nível, em comparação com o nível da falha básica. Essa distinção tem consequências teórico-clínicas importantes, sobretudo no que diz respeito ao uso das interpretações. No nível edipiano, o paciente pode ‘interpretar’ as interpretações, elaborá-las, como preconizava Freud, pois as palavras significam o mesmo para o analista e para o paciente. Mesmo que essas interpretações sejam de conteúdo pré-edipiano ou pré-genital, ainda estão verbalmente no nível edipiano. No outro nível, o nível da falha básica, as interpretações geralmente não são bem recebidas, a linguagem convencional torna-se enganosa ou inútil para o paciente, pois as palavras não têm mais o significado convencional. Por conta disso, Balint ressalta a necessidade de pensarmos dois níveis de trabalho analítico, pois os processos psíquicos e emocionais ocorrem em áreas distintas da mente, ou, também podemos dizer, em diferentes níveis.

Já no que se refere à área da criação, de maneira distinta das outras duas áreas, não há objetos. Essa característica faz com que seja difícil descrever “o que” então compõe essa área, uma vez que a linguagem parece não dispor de palavras que possam descrever os fenômenos que ocorrem quando o sujeito se encontra “absorvido” em si mesmo, porém sem estar completamente só. Por ausência de uma palavra mais adequada para descrever o que compõe essa área, Balint decide utilizar o termo pré-objetos. Assim, na área da criação encontramos apenas pré-objetos, que ainda não chegaram a se organizar como um todo. Nesse sentido, será justamente através do trabalho de criação que se estabelecerá o processo de transformação desses pré-objetos em um todo de objetos organizados.

Balint descreve que a área da criação parece se constituir a partir de uma retirada do investimento de objetos desagradáveis e frustrantes em direção ao estado anterior de mistura harmoniosa. Essa retirada, mesmo que nem sempre bem-sucedida, tem o intuito de criar algo melhor, mais harmonioso, mais compreensivo, do que se mostraram ser os objetos reais. Na maior parte das vezes, os objetos são

indiferentes ou até frustrantes, mas em outras podem ser gratificantes. Para que isso ocorra é necessário que os cuidados com o bebê não sejam insensíveis ou deficientes. Assim,

partes do entorno poderão conservar algo de seu *investimento primário* original, tornando-se o que chamei de objetos *primários* [...]. Podemos adiantar que durante certas fases de um tratamento analítico satisfatório o analista assume, e de fato precisa assumir, as qualidades de um objeto primário (Balint, 1968/2014, p. 83, grifos do autor).

Além dos habituais exemplos da área da criação, como a criação artística ou o conhecimento de uma maneira geral, Balint destaca um dado clínico bastante precioso, que podemos remeter à área da criação: o silêncio do paciente em análise. Durante um percurso de análise, podemos observar que, além dos conflitos fundamentais que são expressos, os pacientes, frequentemente, em determinados momentos, ficam absorvidos em si mesmos e em silêncio. A leitura psicanalítica habitual que fazemos desses momentos interpreta esse silêncio como uma forma de resistência, tanto aos materiais originados do passado como à situação transferencial atual. Para Balint, essa interpretação quase sempre está correta, mas é também possível que esteja ocorrendo um processo distinto, que não se reduz apenas à resistência. Segundo o autor,

o paciente está *fugindo* de alguma coisa, geralmente de um conflito, mas também poderá ser que ele esteja *correndo* para alguma coisa, isso é, está em um estado no qual se sente relativamente seguro, podendo fazer algo a respeito do problema que o está atormentando ou preocupando (Balint, 1968/2014, p. 49, grifos do autor).

Esse “algo” que será produzido e depois apresentado pelo paciente é um tipo de “criação”, que pode oferecer ao analista informações importantes sobre o que se passa na área da criação de cada paciente. Para que isso ocorra, o analista não deve interferir nesse processo, por exemplo, interpretando de maneira intrusiva o silêncio. Para que “algo” possa surgir é necessário que o analista possa sustentar o silêncio, compreendendo que, em certos tipos de silêncio, o paciente estaria em um processo de criação.

Como apresentamos anteriormente, a passagem traumática da situação originária de harmonia para a constituição mais definitiva dos objetos funda a falha básica. Poderíamos indagar, conhecendo a existência da área da criação, qual seria a área mais precoce da constituição subjetiva. Essa questão cronológica poderia ser compreendida com uma abordagem linear, partindo do mais simples para o mais complexo: primeiro, a área da criação; em seguida, a área da falha básica; e, por último, a área edípica. No entanto, Balint prefere outra hipótese, na qual podemos pensar que o “nível mais precoce é o do amor primário e com ele o nível da falha básica, a partir do qual, por um lado, desenvolve-se, por diferenciação, o conflito edípico e, por outro, por simplificação, o nível de criação” (Balint, 1968/2014, p. 52). Nessa passagem traumática, Balint também destacará diferentes tipos de reações que podem acontecer e que irão se configurar em modos pelos quais o sujeito irá se relacionar com os objetos e consigo mesmo. Nesse sentido, o autor circunscreve dois tipos de reações ao trauma, que podem ser consideradas como duas instâncias da falha básica: a ocnofilia e o filobatismo.

3.3. Ocnofilia e filobatismo

Em *Thrills and Regressions* (1959), Balint explica que fenômenos que indicam uma mistura entre o mundo interno e o externo são bem conhecidos na literatura psicanalítica, tendo sido descritos, por exemplo, tanto em situações de ilusões, alucinações, confusões psíquicas, despersonalizações, intoxicações causadas por drogas, como também nos processos de projeção e introjeção. No entanto, as descrições sobre esses estados de intensas e profundas misturas, de uma harmonia primordial, ou de uma comunhão com o entorno, são mais antigas do que a psicanálise. Podemos encontrar essa temática em diversas crenças religiosas e contos de fadas. Há também relatos desse tipo de estado em experiências sensoriais como, por exemplo, no orgasmo sexual ou os estados de êxtase. Essas experiências, ou a busca por elas, estão contempladas na teoria de Balint sobre o amor primário, momento inicial a partir do qual, gradualmente, os objetos vão se diferenciando como sendo separados do indivíduo. A passagem da mistura harmônica característica do amor primário para as relações com os objetos é permeada por diversas experiências de desarmonia entre o indivíduo e o entorno. Diante de uma

série de encontros com a alteridade, vão se desenhando, cada vez com maior nitidez, os contornos e limites entre o eu e o não-eu.

Para Balint, os dois sentidos mais importantes que fornecem as percepções que formam a base para a descoberta de objetos são a visão e o toque. Estes parecem ser os sentidos mais atuantes para o estabelecimento dos contornos entre o indivíduo e o entorno. Esses sentidos, por mais primitivos que sejam, continuam relevantes e atuantes em toda a vida, e podem nos oferecer importantes informações acerca da maneira como nos portamos no mundo e nas relações com os outros/objetos. Além das palavras, o *setting* e a relação transferencial, são permeados por outros modos de expressão que, em certas situações regressivas, tornam-se mais evidentes. Atento às expressões não verbais dos pacientes, Balint relata que, em diversas análises, ocorre um momento específico em que o paciente sente uma forte vontade ou necessidade de se levantar do divã. Para alguns pacientes basta ficarem sentados, enquanto outros preferem ficar de pé – em um canto seguro do consultório, distante da cadeira do analista – e outros ainda precisam andar pela sala. Nessas situações, o paciente busca se afastar de um objeto perigoso, seu analista, abrindo espaços que, embora não sejam totalmente amistosos, ainda são considerados menos perigosos ou excitantes do que a proximidade com o analista.

Balint descreve que outros pacientes permanecem muito tempo em análise com os olhos abertos, ansiosamente interessados nos objetos ao redor que compõem o consultório do analista. E que, apenas gradualmente, eles descobrem a possibilidade de fechar os olhos, liberando a sua atenção dos objetos do mundo externo e voltando-se para os eventos de seu mundo interno. Somente “após um longo e intenso trabalho nesse segundo nível é que eles podem abrir os olhos e olhar ao redor do mundo que não é mais hostil” (Balint, 1959, p. 93).

Pensando com o referencial teórico da noção de amor primário, Balint constata em sua clínica que certas reações dos pacientes, como por exemplo, o “agarrar-se”, eram interpretadas como sendo referidas a esse momento inicial da constituição subjetiva. Porém, em *Thrills and Regressions* Balint altera o seu ponto de vista e nos oferece outra possibilidade de leitura sobre esses fenômenos transferenciais. Segundo o autor:

eu pensei que a necessidade de estar perto do analista, de tocar ou se apegar a ele, era uma das características mais evidentes do amor primário. Agora percebo que a necessidade de se apegar é uma reação a um trauma, uma expressão e uma defesa contra o medo de ser largado ou abandonado. Portanto, é apenas um fenômeno secundário, cujo objetivo é a restauração por proximidade e toque da identidade original sujeito-objeto [...] o que eu chamo de relação objetal primária ou amor primário (Balint, 1959, p. 100).

Segundo Stewart (1996), no capítulo intitulado o “Amor primário”, do livro *A falha básica*, encontramos o melhor desenvolvimento teórico de Balint sobre os primórdios das relações objetais e sobre as reações às falhas na relação com o entorno, principalmente, em termos de investimento libidinal. O nascimento seria o momento que representa uma ruptura do equilíbrio harmônico, levando a um processo de adaptação que intensifica, ou acelera consideravelmente, a separação entre o indivíduo e o entorno. Do rompimento dessa mistura harmoniosa, o ego e os objetos começam a emergir. Estes, em contraste com as substâncias amistosas, possuem contornos nítidos e claros, que precisam ser reconhecidos e respeitados. Esse processo é acompanhado por uma modificação do fluxo dos investimentos libidinais, que, anteriormente, eram do id para o entorno. Agora, sob a influência dos objetos emergentes, passam a surgir retenções e concentrações desse afluxo. Assim, sempre que houver uma perturbação da harmonia do estado anterior, a libido irá retornar ao ego, acelerando o seu desenvolvimento para tentar recuperar a sensação de “unidade”. Essa parte da libido será definitivamente narcísica, mas secundária ao investimento original do entorno, ou seja, secundária à frustração da relação primária da mistura interpenetrante e harmoniosa.

De acordo com essa leitura, proposta por Balint,

o investimento libidinal observado na primeira infância seria de quatro tipos: (a) os restos do investimento ambiental original, transferidos para os objetos emergentes, (b) outros restos do investimento ambiental original, retirados para o ego como tranquilizadores secundários contra a frustração, isto é, investimentos narcisistas e autoeróticos e, (c) o reinvestimento emanado do narcisismo secundário do ego. Além destas três bastante estudadas formas de investimento, há uma quarta, resultante do desenvolvimento das estruturas onofílicas e filobáticas do mundo (Balint, 1968/2014, p. 82).

Ocnofilia e filobatismo são dois termos criados por Balint em uma tentativa de delimitar conceitualmente dois tipos de experiências relacionais para as quais o

vocabulário psicanalítico não oferece palavras mais adequadas. Ocnofilia é um termo derivado do grego *okneo* (agarrar-se, aferrar-se, segurar-se com força) e o filobatismo traz como modelo o acrobata, que se sente confortável em situações nas quais mantém o mínimo de contato com uma superfície.

O tipo de experiência ocnofílica é caracterizado por um investimento primário cujo objetivo é aderir aos objetos emergentes, introjetando-os frente à angústia de separação. O ocnofílico sente os objetos investidos como seguros e tranquilizadores, enquanto os espaços entre eles são sentidos de maneira ameaçadora e podem provocar intensa angústia. Assim, “o ocnofílico vive passando de objeto a objeto, reduzindo sua permanência nos estados vazios para a mais curta duração possível. O medo é provocado por deixar os objetos e o alívio obtido ao reunir-se de novo a eles” (Balint, 1959, p. 32).

De maneira distinta, a experiência filobática caracteriza-se pelas expansões sem objeto, estas consideradas como seguras e amistosas. No universo filobático, a proximidade com os objetos é percebida como perigosa e constitui um obstáculo à satisfação. O filobata "*superinveste suas próprias funções do ego*" (Balint, 1993, p. 61, grifo do autor), buscando desenvolver habilidades que lhe permitem manter-se só, com o mínimo de auxílio dos objetos. Balint diferencia essas experiências da seguinte maneira:

[o mundo filobático] consiste de expansões amistosas dotadas mais ou menos densamente de objetos perigosos e imprevisíveis. Vive-se nas expansões amistosas evitando cuidadosamente contatos arriscados com objetos potencialmente perigosos. Enquanto o mundo ocnofílico está estruturado pela proximidade física e pelo toque, o mundo filobático estrutura-se pela distância segura e pela visão (Balint, 1959/1987, p. 34; tradução nossa).

Ambos trazem consigo uma vivência ilusória, enquanto o ocnofílico vive a ilusão de que “agarrar-se” aos objetos lhe garante segurança, a ilusão do filobata é a de que todos os objetos são desnecessários, com a exceção do seu equipamento apropriado.

Podemos destacar que o “equipamento apropriado” do filobata é um objeto ocnofílico com o qual se estabelece relações de absoluta proximidade. Esses objetos

ocnofílicos se tornam elementos de segurança que tornam o indivíduo apto para lidar com os riscos e perigos das livres expansões do mundo. Assim, vemos os impasses dessa situação, uma vez que, ao mesmo tempo em que há uma sensação de aversão às possíveis intrusões dos objetos, há também uma dependência extrema de objetos específicos.

Figueiredo (2012) explicita que o objeto do filobata pode ser tanto uma fonte de perigo, um objeto mau, que deve ser mantido à distância, como, em um outro momento, pode ser um objeto próximo, amado, mesmo que de forma narcisista, na condição de ‘equipamento’ próprio. Por isso, o ‘amor ao equipamento’ pode se converter, sem dificuldades, em uma forma extremamente possessiva de controle, embora colorida pelo cuidado e pela ‘consideração’. O que fora um bom equipamento pode se converter, num curto espaço de tempo, no pior dos objetos maus, do qual se quer distância total. Encontraremos também essa ambivalência na relação do ocnofílico com os seus objetos. A segurança ilusória que o ocnofílico busca nos objetos pode se tornar, ao mesmo tempo, uma fonte de frustração e humilhação, pois há todo um esforço envolvido em tentar se “‘agarrar’ aos objetos, que, no final das contas, soa como um prêmio de consolação” (Balint, 1959, p. 34). Assim, o objeto de segurança é, ao mesmo tempo, um objeto de risco extremo, em outras palavras, amor e ódio permeiam a relação com o mesmo objeto.

Estamos acompanhando como as relações, tanto do ocnofílio como do filobata com os seus respectivos objetos, são ambivalentes. Para Balint a ambivalência é uma característica fundamental das relações primitivas do bebê com os objetos, marcando assim a passagem do amor primário para as primeiras relações objetais – como vimos anteriormente, momento também de constituição da falha básica. Nesse sentido, “tanto a relação do ocnofílico quanto a do filobata com seus objetos são ambas ambivalentes, amorosas e odiosas, confiantes e desconfiadas ao mesmo tempo” (Balint, 1959, p. 47). Podemos deduzir que, se a saída do amor primário for turbulenta, precipitada, ou traumática, as atitudes filobáticas ou ocnofílicas serão mais extremadas. Figueiredo (2012), assinala que nessas situações, a ambivalência entre amor e ódio, confiança e suspeita, se aprofundam, tornando mais difícil a integração do indivíduo e gerando um ciclo de repetições em que ocnofilia e filobatismo se alternam, sem outra saída possível.

Ainda sobre esses casos, Balint sublinha que os testes de realidade do *ocnofílico* e do *filobata* são incapazes de produzir qualquer alteração na ilusão que cada um sustenta. Essas ilusões são, respectivamente: a de que os objetos são fonte de segurança; e a de que os objetos são perigosos e que a vida seria melhor sem eles. Assim, cada um parece repetir invariavelmente uma mesma forma de relação com os objetos, deixando de fora os aspectos que contrariariam a certeza ilusória: “a periculosidade, a hostilidade e a não confiabilidade do objeto diante do *ocnofílico*, e as virtudes reasseguradoras dos objetos diante do *filobata*, bem como os riscos da extensão vazia que ele tende a minimizar” (Figueiredo, 2012, p. 137). Nesse sentido, em ambos os casos, certas áreas da experiência ficam fora dos testes de realidade devido à ação de defesas específicas. Estas produzem uma série de consequências para o indivíduo, como por exemplo, o silenciamento ou o exagero de aspectos da experiência emocional. De acordo com Figueiredo (2012), essas operações criam zonas de “insinceridade”, ou seja, o indivíduo não consegue entrar em contato, de uma maneira sincera, com as suas próprias emoções, por exemplo, de apego ou de medo em relação aos objetos.

Balint também discute os aspectos *ocnofílicos* e *filobáticos* na técnica psicanalítica e apresenta interessantes leituras sobre os seus efeitos clínicos. Alguns analistas avaliam com suspeita a tendência de certos pacientes às regressões na transferência, pensando-as como *acting-outs* e interpretando-as como uma tentativa do paciente de escapar do trabalho analítico. Outros analistas toleram movimentos regressivos, mas acabam forçando os pacientes a saírem desses estados quando recorrem à interpretação. Isso ocorre porque a aceitação e o entendimento do conteúdo das interpretações exigem um nível de compreensão mais complexo do que o nível que geralmente é acessível para o paciente que se encontra em estado de regressão.

Essas abordagens técnicas, que tendem a interpretar os fenômenos na situação analítica como sendo exclusivamente da ordem da transferência, delimitam constantemente os contornos entre o paciente e o analista. Assim, o analista se torna sempre um objeto separado, mas que também se oferece incessantemente para o paciente como um objeto que “pede” para ser agarrado. Dessa dinâmica, temos como resultado uma técnica altamente *ocnofílica*, que pode levar o paciente a introjetar uma imagem idealizada de seu analista, trocando, assim, um conjunto de

objetos internos ocnofílicos por outro. Balint destaca que, embora possa ser útil em termos terapêuticos, já que o novo conjunto é melhor adaptado à realidade, também pode ser prejudicial, uma vez que dificulta tanto a separação quanto a possibilidade de que o paciente venha a se manter por si próprio. A técnica filobática, embora distinta, também tem seus problemas. Essa técnica recorreria de forma bastante econômica às interpretações, sendo estas facilmente compreensíveis em seu conteúdo, mantendo apenas o analista vivo e disponível para as regressões do paciente. O perigo é que isso possa deixar o paciente “livre” demais, forçando-lhe uma independência precoce, e levando-o a introjetar o analista como uma figura exigente, que espera que seus pacientes dispensem auxílios, como se a expectativa fosse que os pacientes assumissem uma postura heroica e destemida.

O resultado desses tipos de introjeção - independentemente de terem sido impostas ao paciente por técnicas ocnofílicas ou filobáticas - é a aquisição de uma concha eficiente. Essa concha tem uma função dupla. Ela fornece ao indivíduo várias habilidades necessárias para a vida, mas, ao mesmo tempo, restringe suas possibilidades de experimentar amor ou ódio, alegria ou tristeza. Balint alerta que, inevitavelmente, para o paciente,

a vida o alcançará apenas com a intensidade e a forma que sua concha permitir. Ficamos com a impressão de que os objetos do ocnofílico fazem parte de sua concha, daí seus sentimentos altamente ambivalentes em relação a eles. Por outro lado, as aventuras do filobata ao flertar com perigos reais em busca de emoções, podem ser tentativas rebeldes de quebrar, por medos realistas, a concha eficiente, a fim de entrar em contato com o seu verdadeiro eu escondido por trás dela. Nenhum desses estados permite muita liberdade de sentir ou mesmo de viver; seu desenvolvimento deve ser observado e evitado, tanto na educação quanto no tratamento analítico (Balint, 1959, p. 107).

Em resumo, de acordo com Balint, ambas as técnicas, se utilizadas de forma exclusiva, não são capazes de proporcionar ao paciente a liberdade necessária para lidar, de uma maneira mais autônoma, com a própria vida, devendo, portanto, ser utilizadas de forma equilibrada ao longo de uma análise.

As noções de ocnofilia e filobatismo, por se tratarem de modalidades – mais ou menos predominantes – de relação com os objetos, implicam em uma discussão sobre a clínica, uma vez que tanto o analista quanto paciente estão, em certa medida, determinados por essas expressões. Em outras palavras, os fenômenos

transferenciais, as regressões em análise e, até mesmo, a técnica do analista, estarão marcados por tendências onofílicas ou filobáticas. Nesse sentido, torna-se clara a necessidade de uma discussão mais detalhada sobre a técnica psicanalítica e o manejo das regressões em análise.

3.4. Regressão e novo começo

O tema da regressão é fundamental para entendermos as contribuições trazidas por Balint para o atendimento dos “casos difíceis”. Situado entre Freud e Ferenczi, Balint consegue extrair de sua dupla filiação importantes elementos para avançar nas questões que ficaram “congeladas”, devido ao desacordo histórico entre seus dois mestres.

Em Freud, encontramos a definição, mais detalhada, do conceito de regressão em um trecho acrescentado em 1914 ao capítulo VII de *A interpretação dos sonhos* (1900). Freud distingue três dimensões da regressão: a tópica, no sentido de sistema psíquico representado por um esquema dividido por instâncias, que indicariam os campos do *Cs* (consciente), do *Pcs* (pré-consciente) e do *Ics* (inconsciente); a dimensão temporal, na medida em que se refere a um retorno de formações psíquicas mais antigas; e, por fim, a dimensão formal, onde os métodos primitivos de expressão e representação substituem os métodos habituais.

Podemos encontrar um exemplo da dimensão temporal da regressão na descrição do caso clínico de Dora, escrito em 1901 e publicado apenas em 1905.¹³ Nesse caso, Freud não chega a usar o termo “regressão”, mas discute o retorno à sexualidade infantil “não diferenciada” após uma inibição do desenvolvimento normal da sexualidade. Essa ideia de um retorno da libido a modos de satisfação anteriores também está presente nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), onde Freud utiliza a metáfora da corrente de água cujo leito principal do rio foi bloqueado, e que, devido a esse obstáculo, passa a inundar as antigas vias colaterais. Essa discussão sobre a dimensão temporal da regressão reaparece em Freud em 1912 e 1913, respectivamente, nos trabalhos “Tipos de desencadeamento

¹³ Trata-se do caso intitulado “Fragmento da análise de um caso de histeria”, que ficou amplamente conhecido na literatura psicanalítica como “caso Dora”.

da neurose” (1912b) e “A disposição à neurose obsessiva” (1913), e depois é detalhadamente exposta nas *Conferências Introdutórias* (1915-1917/1976). Nesses trabalhos, há um esforço de síntese, no qual Freud distingue recalçamento e regressão, acentuando que a regressão diz respeito a um retorno da libido às fases anteriores de seu desenvolvimento, como, por exemplo, à organização sádico-anal na neurose obsessiva, ou um retorno do investimento libidinal para os primitivos objetos incestuosos, como acontece na histeria.

Sobre a dimensão formal da regressão, podemos destacar o sonho como sendo um exemplo de uma regressão às formas de funcionamento e de expressão mais primitivas do indivíduo. Todas as noites, o psiquismo do sonhador não se encontra mais balizado pelo funcionamento do processo secundário, como acontece na vigília, mas regride para um funcionamento mais antigo, pautado pelo processo primário. Podemos pensar a regressão formal como a experiência manifesta dos fenômenos explicados pelas dimensões tópica e dinâmica. É nesse sentido que Freud afirma que “todos esses três tipos de regressão constituem um só e, em geral, ocorrem juntos, pois o que é mais antigo no tempo é mais primitivo na forma e, na tópica psíquica, fica mais perto da extremidade perceptiva” (Freud, 1900, p 501).

Balint assinala que Freud pouco trabalhou teoricamente a ideia de regressão em análise, e quando discutiu o tema em “Observações sobre o ‘amor de transferência’” (1915a), o fenômeno foi muito bem descrito em seu aspecto negativo. Esse aspecto teria sido o que Freud mais destacou acerca da regressão, que, em um primeiro momento, estava associada à resistência, em seguida, à compulsão à repetição (Freud, 1914a) e, posteriormente, à pulsão de morte (Freud, 1920). O ponto em que a divergência entre Freud e Ferenczi se tornou crítica diz respeito, justamente, às regressões em análise, mais especificamente sobre a possibilidade de se responder ao paciente regredido.

Freud sempre se mostrou muito cauteloso e, por vezes, bastante cético, sobre essa questão. A sua recomendação era de que não se deveria atender às demandas e aos anseios do paciente, a não ser através da interpretação. Dessa forma, seria possível preservar certas condições para o analista – por exemplo, uma objetividade passiva e neutra – e também para o paciente, uma vez que a manutenção do estado de abstinência garantiria uma importante cota de libido para ser investida no

processo associativo. Do contrário, se o analista gratificasse as demandas e atendesse aos anseios dos pacientes, esses pedidos tenderiam apenas ao recrudescimento. Como efeito, os pacientes poderiam se tornar altamente dependentes do analista, e este ficaria com a impossível tarefa de satisfazer incondicionalmente o que lhe é endereçado.

Ferenczi, de maneira distinta, experimenta uma série de modificações na técnica, e, em certos momentos, passa a atender algumas demandas dos pacientes, transgredindo “ora um ora outro dos ‘Conselhos técnicos’ de Freud” (Ferenczi, 1930/2011, p. 67). Ferenczi descreve, em “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), que em certas situações difíceis, para evitar o efeito do choque brutal de uma interrupção da sessão de análise, precisou prolongar o tempo da sessão até que reação afetiva do paciente se esgotasse. Em outras ocasiões, permitiu que as sessões transcorressem com o paciente fora do divã, uma vez que este foi tomado por um impulso de se levantar e andar pelo consultório. Do contrário, descreve Ferenczi que:

frequentemente, quando eu não queria ou não podia fazê-lo, a minha rigidez provocava um aumento supérfluo da resistência e uma repetição demasiado literal de acontecimentos traumáticos da pré-história infantil, e custava muito tempo para superar metade dos efeitos nefastos, dessa identificação inconsciente no paciente (Ferenczi, 1930/2011, p. 67).

Essas atitudes transgressivas, conforme o já discutido, tinham o intuito de produzir uma atmosfera de relaxamento, na qual o paciente pudesse se expressar com maior liberdade. Essa liberdade, proporcionada pelo princípio de relaxamento, permitia que os pacientes regredissem e se expressassem, cada vez mais, de uma forma infantil.

A maneira como Balint pensa a regressão em análise está mais próxima do ponto de vista de Ferenczi. Desde seus primeiros trabalhos, Balint (1932/1952) retoma a trilha aberta por Ferenczi e questiona o princípio de abstinência e a neutralidade do analista, indicando que certas gratificações possibilitam que os pacientes experimentem novas maneiras de amar e odiar os objetos com os quais se relacionam. Balint avança na investigação clínica do fenômeno da regressão e propõe uma importante distinção conceitual ao distinguir dois tipos de regressão que podem ocorrer em análise: a regressão maligna e a regressão benigna. A partir

dessa distinção, Balint explicita que não se trata de satisfazer todas as demandas do paciente, mas de observar qual a forma tomada pela regressão na relação transferencial.

A regressão maligna, por exemplo, é caracterizada por uma insaciabilidade e voracidade com fins de gratificar os impulsos pulsionais. Nesse sentido, os pacientes parecem nunca ficar satisfeitos com o atendimento de uma determinada solicitação, e, logo em seguida, há o surgimento de uma nova demanda, tão urgente quanto a anterior. Nessa modalidade de regressão, o objetivo é que a gratificação dos impulsos pulsionais seja realizada mediante uma ação do mundo externo, ou seja, do analista. Os pacientes demandam, frequentemente de uma maneira excessivamente apaixonada, uma ação do analista, tomando-o como um objeto total ou parcial. Essa situação indica que, como o paciente possui uma concepção bem delimitada dos objetos, a regressão experimentada no *setting* não foi muito além do nível narcisista, fálico ou pré-edipiano.

Já a regressão benigna, de maneira distinta, é marcada por uma necessidade de reconhecimento, e nunca apresenta as qualidades de desespero e paixão que caracterizam a forma maligna de regressão. Nas situações onde ocorre uma regressão benigna, Balint explicita que o paciente não espera, necessariamente, uma ação do analista, mas que ele esteja ali, com a sua presença acolhedora, em uma atmosfera tranquila. A experiência resultante da regressão benigna é o que Balint chama de novo começo.

O novo começo é resultado, portanto, de uma regressão benigna que implica na abertura de possibilidades para uma nova forma de investimento em si mesmo e nos objetos. Cabe aqui destacarmos que essas novas experiências pressupõem a instauração de regressões dentro de uma atmosfera sincera, inocente e inofensiva, que se assemelha ao ambiente ainda não diferenciado, harmonioso e de misturas interpenetrantes, característico do amor primário. A essa atmosfera analítica particular, Balint dá o nome de *arglos*.

Segundo Balint, para que essa atmosfera possa ser criada, mantida e sustentada, o papel do analista é fundamental. Nesse sentido, podemos também destacar que os rumos tomados pelas regressões no percurso transferencial não dependem apenas do paciente, mas também da maneira pela qual o analista, na

posição de objeto, responde a cada momento. Isso leva à compreensão da regressão como um processo que se estabelece em uma dimensão intersubjetiva, e não como um processo apenas intrapsíquico. Assim, a regressão benigna, em favor do reconhecimento, “pressupõe um entorno que aceite e consinta em sustentar e carregar o paciente, como a terra ou a água sustentam e carregam um homem que apoie seu peso nelas” (Balint, 1968/2014, p. 148).

Para que esse clima relacional de segurança, essa atmosfera sincera e ingênua possa ser criada, o analista deve aceitar exercer o papel de um objeto primário, sem oferecer resistências, durante o tempo que for necessário. Dessa maneira, o paciente poderia então experimentar, na relação analítica, uma espécie de intromistura harmoniosa, próxima daquela vivida com as substâncias primárias no período primitivo das relações do sujeito com seu ambiente. A criação e a manutenção dessa atmosfera *arglos* primitiva permite que certas experiências emocionais possam ser vividas pelo paciente, sem a predominância de sentimentos de abandono ou de estar perdido.

Como nessas situações o analista está lidando com experiências regressivas referentes à área da falha básica, Balint avalia as dificuldades técnicas que se apresentam e propõe importantes remanejamentos. Porém, antes de discutirmos a técnica, torna-se necessário sabermos identificar em quais momentos, durante o tratamento, se atingiu o nível da falha básica.

Balint descreve que um dos fenômenos que podemos associar ao nível da falha básica diz respeito à forma como o paciente sente as frustrações. Estas são vividas como tendo sido infligidas intencionalmente, ou seja, as frustrações se tornam evidências que confirmam a maldade e a hostilidade do entorno. Esse profundo sofrimento é vivido pelo paciente sem nenhuma demonstração de uma reação à altura, como se não houvesse uma disposição para lutar ou reagir ao entorno. Balint percebe também que nenhum desespero é expresso pelo paciente, apenas essa mistura de sofrimento profundo e ausência de determinação para lutar ou reagir. Nesses momentos, há também uma mudança que pode ser notada no analista. Este passa a sentir as emoções que emergem no *setting* de uma maneira mais intensa, tornando mais difícil a manutenção de uma passividade objetiva e

simpática – corre-se aqui o risco de um envolvimento emocional que pode ser problemático para o processo analítico.

Outro importante indicador de que se atingiu o nível da falha básica diz respeito à maneira como o paciente recebe as interpretações do analista. Em certos momentos, a atmosfera da sessão se modifica profundamente e a linguagem adulta convencional parece não surtir os efeitos esperados, por não poder ser compreendida. As interpretações, às vezes, podem ser sentidas pelo paciente como um ataque ou ganhar características de sedução, ou até mesmo, serem consideradas extremamente importantes e poderosas, tanto no bom como no mau sentido. Até mesmo uma simples observação casual, gesto ou movimento do analista pode ganhar uma enorme significação e assumir uma importância que o analista não pretendia.

Os processos regressivos que alcançam o nível da falha básica exigem mudanças no manejo clínico, pois a dinâmica operante não é a do conflito, mas a de uma adesividade que, mediante alguma interferência - como, por exemplo, a de uma interpretação do analista -, pode acarretar sentimentos insuportáveis. Assim, como se tratam de fenômenos primitivos, não é possível manejar essas experiências vinculadas à falha básica com o mesmo referencial técnico que utilizamos para conduzir situações referidas ao nível edípico. No nível edípico, os pacientes “sentem a interpretação do analista como interpretação” (Balint, 1968/2014, p. 35), mas no nível da falha básica, o dispositivo analítico deve acentuar a presença do analista/ambiente em sua função de acolhimento das experiências regressivas.

Nas coordenadas teórico-clínicas traçadas por Balint, o analista, durante estes estados regressivos, deve ser o menos intrusivo possível, oferecendo-se como um objeto primário ou como uma substância sem contornos bem delimitados. O analista “não importuno” é aquele que, além de modesto e comedido em suas ações, está disponível para identificações projetivas e introjetivas, sem tentar desfazê-las através de interpretações. Dessa maneira, o analista permite que o paciente possa viver, na relação transferencial, uma espécie de intromistura harmoniosa, na qual há uma relativa indiferenciação entre sujeito e objeto.

Em *Thrills and Regressions* (1959), Balint descreve uma situação clínica na qual um paciente lhe pedia apenas pequenos sinais de que ele estava ali, presente

com o paciente. Nesse caso, o paciente lhe pediu para que não falasse, para que ficasse quieto, mas ocasionalmente se movesse um pouco, para que a sua cadeira rangesse suavemente, e em outros momentos pedia para que a sua respiração pudesse ser audível. A utilização de palavras, por exemplo, não era permitida, pois exigiam ser entendidas, o que significava sair do estado regredido para o mundo adulto, aquele do uso convencional das palavras. Balint aborda os fenômenos dessa situação clínica como sendo de ordem transferencial e sobredeterminados, o que implica em analisá-los em todos os possíveis níveis de expressão e interpretação. Uma leitura possível interpretaria essa situação como sendo um medo onofílico de ser abandonado ou descartado pelo objeto, onde as demandas ou pedidos buscam garantir que isso não iria acontecer. Uma outra possibilidade de leitura veria o medo como sendo uma apreensão de que o objeto teria sido, ou não, destruído; no caso, se o analista estaria inteiro e vivo. Há ainda uma terceira possibilidade de leitura – segundo Balint, a mais profícua –, de que as apreensões e os pedidos do paciente buscam garantir que o analista se torne parte integrante de seu mundo, ou seja, de que o analista assuma as qualidades de um objeto primário/substância em completa harmonia com o paciente. Em outras palavras, nessas situações de profunda regressão, o analista não deve ser uma entidade com as suas próprias ideias, sugestões inteligentes e interpretações profundas - que o tornaria um objeto separado e com contornos nítidos - mas deve fundir-se, tão completamente quanto possível, nas extensões amistosas que cercam o paciente.

Balint insiste que acolher e gratificar certas demandas em situações regressivas não substituiria a interpretação como um importante recurso técnico. Como as experiências no nível da falha básica remetem a um domínio psíquico sem objetos externos bem delimitados, uma interpretação formulada pelo analista nestas situações poderia ser sentido pelo paciente, por exemplo, como um objeto intruso. Esse é um dos motivos pelos quais as interpretações se tornam inaceitáveis para um paciente regredido: “interpretações são, de fato, pensamentos ou objetos completos, ‘organizados’, cujas interações com os conteúdos nebulosos, como os devaneios ainda ‘inorganizados’ da área da criação, podem provocar uma devastação ou uma organização pouco natural e prematura” (Balint, 1968/2014, 175). Nesse sentido, Balint sublinha que as interpretações sejam formuladas após, e não durante, o estado regressivo. Caso contrário, o analista estaria perturbando importantes

processos da área da criação, uma vez que forçaria o paciente a emergir rapidamente para se deter na interpretação e tentar compreendê-la.

Em situações como essas, as expressões não verbais, como, por exemplo, movimentos físicos e *acting outs*, são recorrentes e devem ser compreendidos, pelo analista, como formas de comunicação tão importantes quanto as verbalizadas. Em um segundo momento, essas formas de comunicação serão, com a ajuda do analista, devolvidas para o paciente. Assim, essa “ajuda do analista” se configura como uma função de intérprete e também de informante, uma vez que, além de traduzir em linguagem verbal as expressões, o analista informa ao paciente as “partes relevantes de determinada conduta, descrevendo-as de acordo com a importância, em linguagem inteligível. Esta dupla tarefa – de informante e intérprete – é inevitável” (Balint, *falha básica*, p. 88).

Como já discutimos anteriormente, as regressões benignas tendem a se encaminhar para uma experiência de “novo começo”. Isso implica que o analista esteja disponível para sustentar estados regressivos profundos e que consiga se comunicar de uma maneira empática e compreensível com o paciente. A manutenção de uma atmosfera mutuamente confiante, onde o paciente possa abandonar temporariamente as suas defesas e experimentar um estado regressivo seguro, ingênuo ou pré-traumático, cria as condições para que novas modalidades de relação possam se desenvolver.

Em um momento inicial, o paciente irá regredir às formas primitivas de amar e odiar os objetos e experimentará essas modalidades com o analista, que não deve perturbar o processo. Nessas condições, Balint sublinha que, apesar da expectativa incondicional de ser amado sem dar nada em troca, as demandas do paciente nunca ultrapassam o nível do pré-prazer. Ainda que o analista não possa e, em certas situações, não deva aplacar todos os anseios do paciente, faz-se necessário reconhecê-los e compreendê-los. As observações clínicas das experiências regressivas e de “novo começo” embasam a hipótese sustentada por Balint de que:

o adoecimento psíquico é fruto da falta de compreensão na infância por parte daqueles que são responsáveis pela criação de uma criança, negando a ela certas gratificações necessárias e impondo-lhe outras irrelevantes, supérfluas ou até mesmo prejudiciais. [...]. Com estes

pacientes, a ajuda do analista no período de novo começo torna-se de extrema importância (Peixoto, 2013, p. 79).

Podemos pensar que a ajuda do analista, além das funções de intérprete e de informante, é mais ampla, incluindo também o reconhecimento e a compreensão. Com essa ajuda do analista, criam-se as condições para que o paciente experimente e descubra “novas possibilidades de relações objetais, sintas-as e seja por elas sentido” (Balint, 1968/2014, p. 167). Gradualmente, o paciente também poderá ampliar a sua confiabilidade e consideração pelos objetos, reconhecendo e podendo suportar a realidade e os limites que lhe são próprios. Nesse sentido, torna-se possível chegar a um acordo mutuamente aceitável entre as demandas provenientes dos objetos e as suas.

Balint descreve que as experiências de “novo começo” são marcadas por sentimentos profundos, como, por exemplo, sentimentos vividos em “uma despedida de algo muito querido e precioso, em que são inevitáveis certo pesar e algum luto” (Peixoto, 2013, p. 81). No entanto, logo em seguida, o paciente experimenta um sentimento de liberdade, como se uma carga pesada lhe tivesse sido retirada. Segundo Balint,

este processo absolutamente dramático e, às vezes, surpreendente possibilita ao paciente abandonar, ainda que muito cautelosamente, pouco a pouco, os modos de relação objetal automáticos aos quais ele estava habituado ou, em outras palavras, suas até então imutáveis e inevitáveis modalidades de amar ou odiar (Balint, 1952, p. 247).

Além de uma sensação de maior liberdade, Balint sublinha que as experiências de “novo começo” possibilitam modos mais satisfatórios de desfrutar a vida, pois ampliam a capacidade para amar e se divertir, sem deixar de levar em consideração certas limitações impostas pela realidade. Nesse sentido, o luto realizado pelo paciente não se reduz a uma renúncia, o luto da falha básica é fundamentalmente “o reconhecimento de um sentido novo dado à vida” (Peixoto, 2013, p. 114).

Um aspecto fundamental da leitura proposta por Balint concerne à sua compreensão sobre os objetos, e à sua diferença em relação às substâncias que

compõem a mistura harmônica dos primórdios da constituição subjetiva. Os objetos não são vistos apenas como alvos para a descarga da pulsão sexual ou da pulsão agressiva, mas são, sobretudo, obstáculos à finalidade última do impulso libidinal, ou seja, à preservação ou restauração da harmonia original. Nesse sentido, o objeto é “de fato, um obstáculo resistente, que tem de ser negociado” (Balint, 1959, p. 61). Os objetos possuem contornos bem delimitados e vida própria, e por isso podem, por exemplo, abandonar o indivíduo a qualquer momento. Para Balint, os objetos resistem a serem transformados em substâncias, em uma mistura harmônica, e, portanto, é necessário haver um “trabalho de conquista” que busque transformar o objeto indiferente ou hostil em um parceiro cooperativo. Essa transformação implica em uma doação por parte do indivíduo, tendo em vista que tal parceiro/objeto precisa ser induzido a sentir prazer em satisfazê-lo. Trata-se, portanto, de um acordo de cooperação entre os indivíduos a fim de sintonizarem suas demandas de satisfação, inclusive, a satisfação sexual. Nesse sentido, a negociação em curso coloca o outro em uma posição de reciprocidade, em que é preciso ceder algo ao objeto, aos seus desejos e às suas demandas, no intuito de fazer com que haja uma experiência de satisfação mútua. Temos aqui a passagem, nunca definitiva, da exigência de amor incondicional para uma relação de reciprocidade amorosa, na qual ambas as partes estão sob a rubrica do desejo de ser amado, assim como estão submetidos ao mesmo trabalho de conquista.

Como pudemos acompanhar ao longo deste capítulo, Balint elabora uma teoria e uma técnica que possam abarcar uma dimensão primária da constituição subjetiva composta por experiências que estão para além da pura satisfação pulsional, e que se expressam a partir de experiências afetivas de ternura, harmonia ou tranquilidade. Em Balint, a experiência traumática será pensada a partir da constituição da falha básica, que pode variar de extensão e profundidade a partir da qualidade do atendimento das expectativas de amor e ternura do bebê na fase do amor primário. Balint apresenta, então, as organizações onofílicas e filobáticas, justamente, como modos de relação com os objetos que se configuraram como reações às falhas oriundas dessas primeiras relações com o ambiente. Essas modulações relacionais seriam respostas à descoberta traumática dos limites entre o sujeito e o objeto. Assim, as atitudes básicas de filobatismo e onofilia teriam o intuito de restaurar a harmonia e os contornos pouco estabelecidos entre sujeito e

objeto, característicos do amor primário. Uma vez que outras modalidades intensivas e de experiências afetivas relacionais passam a ser consideradas, também se fazem necessárias mudanças em relação à posição do analista na dinâmica transferencial e à compreensão da técnica psicanalítica.

Nessa perspectiva relacional-objetal, há uma ênfase na qualidade afetiva da intervenção no *setting* analítico, uma vez que esse espaço é pensado como um lugar no qual possam ocorrer regressões que visem à integração de falhas ocorridas nos processos iniciais de subjetivação. Logo, a qualidade do analista/ambiente em suas capacidades empáticas para o acolhimento de manifestações regressivas, assim como a criação e manutenção de uma relação de confiança com o paciente, se tornam extremamente importantes.

Para Balint, o analista deve estar atento aos movimentos regressivos e aos indícios de que os fenômenos no *setting* estão se dando no nível da falha básica. Nessas situações a adaptação do analista ao paciente é crucial, pois, como vimos anteriormente, torna-se necessária uma abordagem técnica distinta. O analista é tomado como o objeto primário para o qual os afetos mais primitivos serão transferidos. Sobretudo, serão revividas as reações às falhas de um ambiente que não se adaptou, ou seja, que não entrou em uma sintonia afetiva para atender, de forma empática, as necessidades primárias.

Nesse tipo de disposição clínica, o analista, para se adaptar aos rumos e ritmos do processo analítico do paciente, precisará entrar em contato com ele de uma maneira empática, criando assim um ambiente mais livre, tolerante e acolhedor, distinto daquele do trauma. Isso implica, como sublinha Balint, em acolher e sustentar experiências, muitas vezes intensas, como, por exemplo, identificações projetivas e explosões afetivas, ou, de forma distinta, longos períodos de silêncio e distanciamento emocional dos pacientes. Nessas situações, o referencial técnico não deve estar apenas balizado pelas coordenadas associação-livre, princípio de abstinência, neutralidade e interpretação – referencial mais apropriado para os pacientes que se encontram no nível edipiano. Para Balint as coordenadas principais passam a ser outras, como, por exemplo: a adaptação do analista ao paciente; a manutenção de um ambiente tolerante, seguro e de confiança; as interpretações ficam resguardadas para um segundo momento, e a prioridade passa a ser a

disponibilidade e a presença de um analista não intrusivo; e, por fim, a contratransferência se torna um importante sinalizador para o analista de que os fenômenos no *setting* se passam no nível da falha básica.

Temos, aqui, alguns elementos que passam a se organizar como coordenadas para uma abordagem teórica do manejo clínico com pacientes severamente traumatizados. A especificidade dessa clínica implica em pensar um manejo balizado pela qualidade da relação que é estabelecida no *setting*, e tem como base a criação e manutenção de um ambiente de *confiança*. Este talvez seja o fator central para que algumas vivências regressivas sejam experimentadas intensivamente no *setting* de forma não ameaçadora, para que possam ser melhor trabalhadas terapêuticamente. Do contrário, sem essa atmosfera pautada na *confiança*, a relação com o analista/ambiente será vivida como uma repetição fiel daquele mesmo ambiente traumático primitivo, ambiente em que não se pôde confiar, que falhou, que foi invasivo, intrusivo e desorganizador. Podemos, então, pensar a *confiança* como condição de possibilidade, tanto para uma retomada de processos de subjetivação que se encontravam paralisados, congelados e fixados, como para uma abertura em direção ao novo: para novas relações objetais, portanto, para “novos começos”.

Balint, seguindo os passos de Ferenczi, realiza um estudo sistemático e original sobre o tema da regressão e de seu manejo, para que as repetições das experiências traumáticas, pudessem encontrar, em análise, novos caminhos, menos sofridos, e, enfim, terapêuticos. Esses temas, trabalhados por Balint, serão explorados por outro importante autor, Donald Winnicott, que, à sua maneira, proporá uma teoria sobre os primórdios da constituição psíquica, sobre as experiências traumáticas primitivas e sobre a técnica, especificamente, sobre o tema do manejo da regressão em análise. Daremos continuidade ao nosso percurso buscando, nos trabalhos de Winnicott, outras valiosas ferramentas e chaves de compreensão para uma clínica do trauma.

4. Trauma em Donald Winnicott: reações às falhas e manejo clínico

Donald Woods Winnicott se formou em medicina e se especializou em pediatria, tendo sido contratado como médico no *Paddington Green Children's Hospital* em Londres em 1923. No mesmo ano, iniciou sua análise pessoal com James Strachey e, quatro anos depois, foi aceito como iniciante na Sociedade Britânica de Psicanálise, onde obteve a sua qualificação como analista em 1934 e como analista de crianças em 1935. Nesse período de sua formação, Winnicott se aproximou de Melanie Klein e do grupo kleiniano, o que o levou a fazer uma análise adicional com Joan Rivière, uma importante integrante desse grupo. Apesar de ter sido influenciado pela teoria de kleiniana, Winnicott sempre discordou das polarizações teóricas vigentes entre os annafreudianos e kleinianos, instaurada de maneira explícita entre 1941 e 1945.¹⁴ Por não seguir de maneira ortodoxa o pensamento teórico e clínico de nenhum dos dois grupos, Winnicott permaneceu em um grupo intermediário, chamado de *Middle Group* ou “Grupo Independente”, composto por analistas que buscavam explorar ideias e proposições psicanalíticas de forma mais livre, como por exemplo, Ronald Fairbairn, Harry Guntrip, John Bolwby, Michael Balint, entre outros.

Assim como Balint, Winnicott elabora uma teoria sobre os primórdios da constituição subjetiva com uma nítida ênfase nas qualidades do ambiente. Apesar de ter feito apenas duas menções a Ferenczi¹⁵, podemos constatar que o psicanalista inglês retoma as teses apresentadas em “Adaptação da família à criança” (1927) e em “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929) sobre a importância da *adaptação* do ambiente nas primeiras relações mãe-bebê. Outro tema que também é caro a Winnicott diz respeito à técnica psicanalítica, pois compreende que esta, da maneira como foi pensada por Freud, é ineficaz para o tratamento de quadros clínicos não neuróticos. Nesse sentido, Winnicott desenvolverá diversos conceitos

¹⁴ Para uma investigação mais detalhada sobre esse momento de polarização da Sociedade Britânica, remetemos o leitor ao livro *As controvérsias Freud-Klein 1941-1945*, escrito por Pearl King e Riccardo Steiner e publicado pela Imago em 1998.

¹⁵ Winnicott faz referência ao trabalho de Ferenczi “Análise de crianças com adultos” (1931) em *O brincar e a realidade* (1971/2019). Também encontramos uma menção a Ferenczi no último capítulo do livro *Explorações psicanalíticas*, intitulado “Pós-Escrito: D. W. W. sobre D. W. W.”. Em suas palavras, “nunca sei o que obtive de dar uma olhada em Ferenczi, por exemplo, ou de ver de passagem uma nota de rodapé de Freud” (Winnicott, 1967/1994, p. 440)

que nos servirão como coordenadas teórico-clínicas para pensarmos o manejo com pacientes severamente traumatizados.

4.1 – Teoria sobre o processo de amadurecimento emocional

A compreensão de Winnicott sobre os quadros clínicos e seus mais variados distúrbios está fundamentada em sua teoria do processo de amadurecimento. Como o próprio autor define, esta teoria é a “espinha dorsal” (*backbone*) do seu trabalho teórico e clínico (Winnicott, 1969/1999). Como veremos a seguir, as bases da personalidade e da saúde psíquica e emocional serão construídas a partir de complexos processos que se dão nas primeiras relações do bebê. Para Winnicott, todo indivíduo, ao nascer, tem uma tendência inata para o amadurecimento, mas para que este possa ocorrer de modo satisfatório, o bebê necessita de outro ser humano que possa lhe proporcionar condições suficientemente boas, dentro de uma relação de *dependência*.

Dias (2017) menciona que a formulação winnicottiana, de que há, em todo ser humano, uma tendência inata à integração, e que o estado de unidade é uma conquista básica para a saúde no amadurecimento emocional, exigiu que Winnicott ultrapassasse duas ideias consolidadas no campo psicanalítico de sua época. A primeira diz respeito à teoria sobre narcisismo primário, este definido como um estado anobjetal e autoerótico, conforme descrito por Freud em o “Esboço de Psicanálise” (1940 [1938]), ou seja, de que há desde o nascimento uma constituição, mesmo que primitiva, de ego. A segunda ideia, bastante explorada pelos kleinianos, é a de que os fenômenos psíquicos e as manifestações mais primitivas do humano, podem ser descritos, predominantemente, a partir do dualismo pulsional. Atento aos bebês e aos pacientes psicóticos, Winnicott propõe uma fase inicial do desenvolvimento na qual ainda não há um ego constituído, mas há um ser não-integrado que emerge de um estado de solidão essencial. Mesmo sendo ultrapassada ao longo da vida, uma parte dessa solidão ainda permanece no âmago de cada ser humano. No que concerne ao dualismo pulsional, Winnicott propõe outra leitura para os fenômenos primitivos, a partir da ideia de uma cisão essencial. Como uma fenda, a cisão essencial, que reside em todos os seres humanos, separa duas tendências básicas: a tendência para uma abertura às relações com o outro/mundo

e a tendência ao isolamento primordial. Caso haja um processo de integração bem-sucedido, teremos então a coexistência e o livre trânsito entre esses dois extremos: “a solidão essencial, de um lado, e a comunicação e encontro com o outro e com a realidade externa, de outro” (Dias, 2017, p. 77).

O processo de amadurecimento tem início logo após o nascimento e continua ao longo de toda a vida do indivíduo até a sua morte natural. Na concepção de Winnicott (1956a) sobre o amadurecimento emocional, o momento mais primitivo é caracterizado por uma unidade-dual formada pela díade mãe-bebê, que se configura como uma *dependência absoluta*. Nessa configuração, a mãe entra em um estado de simbiose com o bebê, atendendo as suas necessidades mais primárias e sustentando-o física e psiquicamente, o que exige um alto grau de adaptação da mãe/ambiente às necessidades do bebê. Além disso, ela cria um ambiente facilitador para que o bebê possa, gradualmente, vivenciar as experiências com outros objetos de forma não intrusiva ou que ameace a integridade do ego. A mãe deve proporcionar ao recém-nascido um *ambiente suficientemente bom*, ou seja, favorável à evolução do ego e aos processos de maturação, onde não haja reações à intrusão. Nesta situação, constitui-se, portanto, uma *unidade dual* entre a mãe e o bebê. A *mãe suficientemente boa* é aquela que garante o estado de ilusão de onipotência, criando assim as condições para que haja o nascimento psíquico do bebê.

Em seu artigo sobre “A preocupação materna primária” (1956a), Winnicott descreve o relacionamento peculiar do qual fazem parte a mãe e seu bebê, mostrando que existe, por um lado, a identificação da mãe com o bebê e, por outro, a dependência deste em relação a ela. De acordo com o autor, “o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com as necessidades inerentes à vida” (Winnicott, 1956a/2000, p. 404). Nessa fase, a mãe se coloca como a

‘mãe devotada comum’, com sua capacidade de adaptar-se ativamente às necessidades de seu bebê proveniente de sua devoção, tornada possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas memórias, que a capacitam saber através da identificação quais são as necessidades do bebê (Winnicott, 1949/2000, p. 335).

As vivências de presença e ausência nessa dinâmica entre mãe e bebê apresentam uma lógica paradoxal de estar-em-um e estar separado. Thomas Ogden (1994), ao analisar o pensamento de Winnicott, entende que o autor aborda o desenvolvimento humano como uma constante dialetização desses dois estados. O primeiro momento em que esta lógica opera é no estado denominado *preocupação materna primária*, onde o bebê e a mãe vivem uma experiência de simultaneidade paradoxal, ora estando em um, ora estando separados (unidade-dual). Isso se dá através de uma sintonia afetiva, onde a mãe, ao regredir, permite que o bebê entre em um estado fusional com ela, no qual, quando tudo vai bem para um, vai bem para o outro. Em outras palavras, a mãe entra em contato com as necessidades de seu bebê, justamente, por se encontrar em um estado de hipersensibilidade, estando unida e, ao mesmo tempo, parcialmente separada.

A *mãe suficientemente boa* também deve ser capaz de exercer a função que Winnicott denominou de *holding*. Ogden, em “Sobre sustentar e conter, ser e sonhar” (2010), define o *holding* como um conceito ontológico relacionado ao ser e sua relação com o tempo, pois, no início, “a mãe protege a continuidade do ser do bebê, em parte isolando-o do aspecto ‘não eu’ do tempo” (Ogden, 2010, p.121). Dessa forma, a mãe protege a *continuidade do ser* de seu bebê, instaurando uma temporalidade em seu ego (com passado, presente e futuro), o que possibilitará o surgimento de falhas menores na adaptação do meio ao lactante. Segundo Abram (2000), a *continuidade do ser* pode ser descrita como um estado que emerge como resultado da experiência subjetiva do bebê de estar fundido à *mãe suficientemente boa*. A noção de *ser* pode ser pensada como sendo “o ‘centro de gravidade’ que surge nas primeiras semanas do estado de dependência absoluta do bebê, e que apenas se torna possível se a mãe houver ingressado no estado de preocupação materna primária” (Abram, 2000, p. 238). Para Winnicott, este momento inicial, baseado na adaptação da mãe ao bebê, é crucial para que o bebê se sinta vivo e para que a tendência à constituição de uma unidade egóica se desenvolva de uma maneira suficientemente integrada. Segundo Winnicott:

A mãe que é capaz de se devotar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o vir-a-ser de seu nenê. Qualquer irritação, ou falha

de adaptação, causa uma reação no lactente, e essa reação quebra esse vir-a-ser. Se reagir a irritações é o padrão da vida da criança, então existe uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada capaz de ter um *self* com um passado, um presente e um futuro. Com uma relativa ausência de reações e irritações, as funções corporais da criança dão a base para a construção de um ego corporal. Desse modo se lançam, as bases para a saúde mental futura (Winnicott, 1963a/1983, p.82).

No período seguinte, o da *dependência relativa*, começa a surgir a capacidade do bebê de se adaptar às falhas graduais, em uma concomitante desadaptação do estado anterior, sem que esse processo provoque intensas reações. De início, o bebê se relaciona apenas com um objeto subjetivo, e será um longo e complexo processo até ele poder estabelecer uma relação com um objeto externo, percebido objetivamente, que possui uma existência separada e fora de seu controle onipotente. Nesse momento de dependência relativa, o bebê adquire a capacidade de unir a representação do objeto com a percepção externa dele, o que lhe permite conceber a mãe como um objeto que possui uma vida separada, concepção esta que é acompanhada pela constatação de sua dependência.

O período que se seguirá é o de *rumo à independência*. Nesse momento, a criança passa a se defrontar com o mundo em todas as suas complexidades, aspecto que marca o início das relações interpessoais. É aqui que todos os indivíduos permanecem até o final da vida, visto que a independência nunca é atingida por completo. Para Winnicott, estaremos sempre em um processo de amadurecimento que nunca se encerra, logo, somos sempre dependentes em alguma medida. Assim, “se essa pessoa está viva, sem dúvida há dependência!” (Winnicott, 1967/1999, p. 3).

Os períodos do desenvolvimento emocional primitivo são acompanhados por processos igualmente relevantes: a *integração*, a *personalização* e a *apresentação dos objetos*, definida como *realização*. No decorrer desses processos, o bebê, gradualmente, entra em contato com algo que vai se constituindo como realidade externa. Para que esses processos possam se desdobrar de uma maneira suficientemente boa, o ambiente precisará exercer certas funções cruciais.

A *integração* é pensada por Winnicott como uma tendência que se inicia imediatamente após o nascimento, visando à constituição de uma unidade egóica.

Nesse sentido, em termos de desenvolvimento, o bebê dentro do útero ainda não é uma unidade, uma vez que não há ainda um ego com a capacidade de diferenciar o que é interno do que é externo. Mesmo após o nascimento, o bebê ainda se encontra em um estado de não-integração, no qual certas noções como a de tempo, a de espaço, e a consciência, estão ausentes. O processo de integração se iniciará após o nascimento e necessitará de um ambiente que lhe forneça as condições suficientes para a constituição de um *self* unitário, ou seja, para o reconhecimento de si-mesmo, assim como para um senso de continuidade do ser. Em outras palavras, o processo de integração se inicia através de uma experiência caracterizada pela dependência absoluta, onde o bebê precisa que o ambiente, em sua função de *holding*, possa juntar os seus pedaços, tornando possível uma diferenciação entre o que se refere a ele mesmo (“eu”) e o que existe fora dele (“não-eu”).

Por outro lado, quando não há uma sustentação suficientemente boa, nesse momento inicial de dependência, defesas entram em ação como uma reação às falhas, podendo produzir estados de desintegração. Segundo Winnicott, os bebês nesse período estão “sujeitos às mais terríveis ansiedades” (1970a/1999, p. 76), e se forem deixados a sós por mais tempo do que possam suportar,

sem nenhum contato humano ou familiar, passam por experiências que, se pudessem ser nomeadas por eles, seriam descritas por palavras como: ser feito em pedaços; cair para sempre; morrer e morrer e morrer; perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos (Winnicott, 1970a/1999, p. 76).

Assim, apenas através de uma adaptação ativa por parte do ambiente, o bebê poderá experienciar os estados de não-integração de uma maneira tranquila, pois a sua vivência de *continuidade do ser* está sendo garantida. Em termos de adaptação materna, segundo a compreensão winnicottiana:

a capacidade que a mãe possui de ir ao encontro das necessidades em constante processo de mutação e desenvolvimento deste bebê permite que a sua trajetória de vida seja relativamente contínua; permite-lhe, também, vivenciar situações fragmentárias ou harmoniosas, a partir da confiança que deposita no fato concreto de segurarem, juntamente com fases reiteradas da integração que faz parte da tendência hereditária de crescimento (Winnicott, 1968/1999, p.86)

Assim, a partir da sustentação de um ambiente suficientemente bom, o bebê poderá experimentar, de uma maneira tranquila, a constante dinâmica entre os estados de integração e não-integração, o que resulta na aquisição de uma confiança de que as intensidades internas e externas não produzirão agonias e reações defensivas.

O acúmulo de pequenas e bem dosadas experiências de falhas de adaptação, que não produzem o sentimento de interrupção de *continuidade do ser*, contribui para a formação e o estabelecimento da organização egóica, além de garantir a manutenção da confiabilidade no ambiente. Nesse sentido, novas possibilidades de ser e estar no mundo são conquistadas a partir de um “somatório de experiências tranquilas, motilidade espontânea e sensações, retornos da atividade à quietude, e o estabelecimento da capacidade de esperar que haja recuperação depois das aniquilações” (Winnicott, 1956a/2000, p. 405). Nesse sentido,

ao mesmo tempo que a mãe facilita, de forma especializada, cada uma das tarefas do bebê, o conjunto dos cuidados maternos constitui o ambiente total, e o modo de ser da totalidade dos cuidados configura um mundo para o bebê. O primeiro mundo em que o bebê habita é necessariamente um mundo subjetivo, cuja característica central é ser confiável. A confiabilidade ambiental significa sobretudo, previsibilidade: a mãe evita que alguma coisa inesperada surpreenda o bebê, interrompendo a sua continuidade de ser; a mãe é confiável quando, em meio às necessidades sempre variáveis do bebê, que ora está tranquilo ora excitado, mantém regulares, constantes e consistentes a si mesma e ao ambiente, de tal modo que, com o tempo, o bebê vai sendo temporalizado, tornando-se, plena repetição das experiências, capaz de reconhecer coisas e de predizer acontecimentos (Dias, 2003, p. 168).

A partir desse período de integração, o ego ainda em constituição passa a se diferenciar e a organizar uma dimensão somática, o que irá produzir sentimentos que correspondem a habitar o próprio corpo (Winnicott, 1990). Winnicott utiliza o termo *personalização* para descrever essa “trama psicossomática”, na qual a psique passa a residir no soma. À medida que o bebê segue no processo de amadurecimento, ele vai adquirindo a percepção de “ser uma pessoa”. A *personalização* satisfatória está associada não apenas ao *holding* mas também ao que Winnicott denomina como *handling* (manejo, manuseio), o qual remete ao acolhimento e ao cuidado com o corpo do bebê, e que lhe proporciona a experiência

de morar dentro de seu corpo. Essas vivências e experiências vão sendo impressas na psique do bebê, ao mesmo tempo em que começam a se estabelecer contornos mais nítidos entre um interior e um exterior. Davis e Wallbridge (1982) ressaltam que a *personalização* “não significa apenas que a psique está colocada no corpo, mas também que, finalmente, à medida que o controle cortical se amplia, o corpo todo se torna o lugar de residência do eu” (p. 56). Nesse sentido, um *handling* bem adaptado e satisfatório significa que “a pessoa que está cuidando o bebê é capaz de manejar o bebê como se os dois formassem uma unidade” (p. 57).

No terceiro processo, que diz respeito à apresentação dos objetos - *realização* - a maneira pela qual a mãe e o ambiente apresentam o mundo ao bebê serão determinantes para o estabelecimento das futuras relações com os objetos. Nesses primeiros contatos com os objetos, a *mãe suficientemente boa* tem a função de apresentar o mundo ao bebê em pequenas doses, proporcionando uma experiência de onipotência ao permitir que o bebê tenha a ilusão de que aquilo que foi encontrado, foi algo criado por ele. Para exemplificar esse momento, Winnicott recorre à imagem da amamentação, na qual a mãe apresenta o seio ao bebê, quando este está com fome, produzindo a ilusão de que o seio e o leite são resultados de um gesto dele. Para Winnicott, esses instantes onde o seio encontrado é o seio criado são de extrema importância, uma vez que a mãe pôde responder ao gesto espontâneo do bebê, garantindo a sensação de onipotência e a vivência de ilusão.

A manutenção dessa situação de ilusão ajuda o bebê a poder experimentar os momentos de desilusão, que sempre serão prementes, uma vez que a realidade não cessa de se impor. Esses processos se dão em uma etapa do amadurecimento que podemos situar na passagem da dependência absoluta para a dependência relativa, ou seja, quando o bebê começa a perceber a existência dos objetos e fenômenos situados fora de seu controle onipotente, portanto, externos ao *self*. Em outras palavras, no decorrer desses processos, o bebê entra em contato com algo que vai se configurando como realidade externa, na medida em que ele vai se tornando cada vez mais integrado e se sente habitando o próprio corpo.

Nesse interjogo das sensações e vivências oriundas do mundo interno com aquelas do mundo externo, o bebê também terá experiências singulares provenientes de uma região intermediária de experimentação, chamada por

Winnicott de espaço potencial ou área da transicionalidade. Para designar essa área intermediária da experiência, Winnicott apresenta a noção de espaço potencial, uma noção ampla que incluiria tanto o brincar, a criatividade, os objetos e fenômenos transicionais, como o espaço analítico e a experiência cultural. Os fenômenos oriundos dessa área da transicionalidade funcionam como uma passagem facilitadora entre o que concerne a realidade subjetivamente concebida e a realidade objetivamente percebida. Essa “terceira área da experiência” deverá, portanto, ser preservada em todas as etapas do amadurecimento e em qualquer aspecto da vida, uma vez que, sem ela, a realidade externa se torna despida de um sentido pessoal, e se apresenta de forma “nua e crua”. Segundo Winnicott,

trata-se de uma área não questionada, pois nenhuma reivindicação é feita em seu nome, salvo a de que ela possa existir como um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente engajado na tarefa de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas (Winnicott, 1953 [1951]/2000, p. 318).

O espaço potencial permite que o bebê adquira a capacidade de reconhecer o objeto como “não-eu”, criando as condições para que ele estabeleça a “primeira posse não-eu”; um objeto com o qual adotará uma relação intensa e especial. A particularidade desse objeto é que ele se instaura entre mundo interno e o mundo externo do bebê, ou seja, um objeto transicional que se configura como um intermédio entre o subjetivamente concebido e o objetivamente percebido. Diferentemente do primeiro objeto (seio), que se configura como um objeto subjetivo, o objeto transicional tanto representa o seio da mãe como também representa aquilo que não o é.

A partir da observação de bebês, Winnicott (1951 [1953]/2000) constata que, em pouco tempo após o nascimento, os bebês costumam chupar os dedos e os punhos, começam a mexer o rosto e a murmurar algum som, como se estivessem desenvolvendo algum tipo de técnica. Essas atividades já haviam sido observadas antes por outros autores da psicanálise, mas sempre foram interpretadas exclusivamente como manifestações orais autoeróticas. Na concepção de Winnicott, podemos pensá-las como fenômenos transicionais, que, posteriormente,

se manifestarão com a adoção de um objeto de predileção, ou seja, de um objeto transicional – na maioria das vezes um ursinho de pelúcia, a ponta de um cobertor, ou uma fralda. Há, portanto, um impulso do bebê em direção à criação ou à invenção de um objeto que precisa ser reconhecido, pois com esse objeto não-eu se iniciará um tipo específico de relação objetal. Nesse tipo de relação,

o objeto é vivenciado como sendo simultaneamente criado e descoberto pelo bebê: a questão de criação ou descoberta simplesmente nunca chega a ser formulada. O objeto transicional é uma extensão do mundo interno do bebê e, ao mesmo tempo, tem uma existência palpável, inequívoca e imutável fora, independente da criança (Ogden, 1994/1996, p. 49).

Nessa passagem da adaptação absoluta para a adaptação relativa, os objetos transicionais exercem a indispensável função de amparo à gradual desadaptação da mãe e à desilusão que decorre desse processo. Winnicott sublinha que, nesse processo, o que é modificado não é o objeto em si, mas a sua natureza, ou melhor, a natureza da relação que é estabelecida com ele, pois “naturalmente, o objeto em si não é transicional. O objeto representa a transição do bebê de um estado de fusão com a mãe para um estado de relação com a mãe como um ser externo e separado. (Winnicott, 1971/2019, p. 35). Os objetos transicionais se caracterizam pela relação que o bebê estabelece com eles; podemos dizer que são eleitos e tratados por ele com enorme carinho, mas também com brutalidade. Devido a sua especial importância, esse objeto não deve ser substituído - salvo se a substituição ocorrer a partir do próprio bebê -, pois isso introduziria uma ruptura na *continuidade do ser* e destruiria o significado do objeto para o bebê. Com o tempo, o objeto será progressivamente desinvestido e relegado ao limbo, perdendo, portanto, o seu significado especial. Winnicott destaca que não se trata de um esquecimento, mas de uma perda de sentido, e isso se deve ao fato de os fenômenos transicionais se tornarem difusos, espalhando-se por todo o espaço potencial, entre a realidade psíquica e o mundo externo (Winnicott, 1971/2019).

Os objetos e os fenômenos transicionais inauguram aquilo que representará uma região intermediária da experiência que não deve ser questionada, preservando assim a sua característica paradoxal. Além de proporcionar a ilusão necessária para

a experiência de onipotência, *a mãe suficientemente boa* também possui a importante tarefa de iniciar um processo gradual de desilusão, que ganhará uma expressão mais nítida na tarefa do ‘desmame’. Cabe destacarmos que esse processo de desilusão, diferentemente do que se pode imaginar, não se trata de um processo meramente negativo, de quebra da ilusão. Para Winnicott, o que o bebê deixa para trás é a ilusão de onipotência, há uma parcela da ilusão, entendida como ilusão básica, que permanecerá ao longo de toda a vida do indivíduo. Durante o amadurecimento, a criança perceberá que o mundo existia antes de seu nascimento e continuará existindo após a sua morte. Contudo, o sentimento de que há um mundo pessoal que pode ser criado, e que pode continuar a ser criado, tende a permanecer. Essa capacidade para a ilusão se torna, ao longo da vida, a fonte para o exercício da criatividade, ou seja, “a manutenção através da vida, de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo” (Winnicott, 1970b/1999, p. 24).

Se no período de dependência absoluta o bebê, através de uma identificação primária, teve a oportunidade de *ser* o objeto (subjetivo), no período de desilusão, permeado pelos objetos e fenômenos transicionais, o bebê tem a experiência de *possuir* o objeto. Durante a fase transicional, o bebê continua a viver em um mundo predominantemente subjetivo, no qual a experiência de onipotência e a ilusão básica começam a conviver e a se misturar com aspectos da realidade externa. Com a ajuda dos objetos transicionais e do espaço potencial, o bebê poderá seguir em sua tendência ao amadurecimento, levando-o a se relacionar com a realidade externa em seu aspecto objetivo e compartilhado, no qual ele poderá *usar* os objetos.

A capacidade de usar os objetos é acompanhada por um impulso destrutivo do bebê no sentido de criar a realidade. Para Winnicott existem modalidades específicas de agressividade e de destrutividade que podem ser compreendidas como fenômenos relacionados à constituição da realidade, ou seja, o “conceito de agressão como parte do exercício *que pode conduzir à descoberta de objetos externos*” (Winnicott, 1970b/1994, p. 221, grifos do autor). Nessas condições, temos que diferenciar o sentido que Winnicott atribui à destrutividade de outras interpretações dominantes em psicanálise, que abordam esse fenômeno como uma expressão da pulsão de morte, do ciúme, da inveja, ou como referidas às pulsões

sádicas. Dias (2017) destaca que, para Winnicott, a destrutividade possui uma função positiva vital, a de objetivar o objeto. Através do ataque ao objeto “externo”, o bebê está atacando o objeto subjetivo, colocando-o para fora do mundo subjetivo, ao mesmo tempo em que cria um novo sentido de realidade, o sentido de externalidade.

A criação desse sentido, ou dessa qualidade perceptiva de externalidade, é compreendida por Winnicott como uma conquista fundamental para a continuidade do processo de amadurecimento. Para que essa conquista se efetue de maneira suficientemente boa, é imprescindível que o objeto sobreviva aos ataques que lhe foram desferidos. Por sobrevivência, entende-se que o objeto não deve retaliar, não deve mudar de atitude, permanecendo confiavelmente o mesmo. A segurança de que o objeto não irá sucumbir permite ao bebê experimentar a destrutividade, e oferece as condições para uso do objeto e para a destruição dos objetos na fantasia inconsciente. Em outras palavras, a sobrevivência do objeto permite que o bebê o use, de maneira a poder separar dois fenômenos: a destruição do objeto na fantasia; e poder conferir ao objeto uma outra natureza e outra uma realidade, desta vez, distintas daquelas atribuídas pelas projeções. Nesse sentido, a destruição do objeto na fantasia não se encontra mais sobreposta à destruição do objeto externo, uma vez que este sobrevive e demonstra que possui uma realidade distinta, fora da área do controle onipotente do bebê.

Tendo alcançado, em certo grau, o estatuto de um eu unitário, a criança pequena está em condições de realizar uma outra tarefa do processo de amadurecimento, que diz respeito à integração da vida instintual, e, sobretudo, ao reconhecimento a sua destrutividade e à preocupação (*to concern*) com os seus efeitos. Nesse momento do desenvolvimento, a mãe-ambiente começa a ser percebida como mãe-objeto, apresentando uma ambivalência fundamental, uma vez que a mãe-ambiente é aquela que cuida, protege e alimenta, e por isso é amada, enquanto a mãe-objeto é repetidamente destruída e alvo de constantes ataques. A mãe real, segundo Winnicott, tem aqui a importante função de executar um duplo papel em relação ao cuidado: o de manter o ambiente seguro e confiável, assim como o de se oferecer como objeto a ser usado e destruído até vir a se tornar alvo de preocupação. Essa dupla tarefa precisa ser mantida durante o tempo necessário

para o bebê conseguir integrar essas duas dimensões em uma só. Segundo Winnicott,

a mãe-objeto tem de demonstrar que sobrevive aos episódios dirigidos pelo instinto, que agora adquiriram a potência máxima de fantasias de sadismo oral e outros resultados da fusão. Além disso a mãe-ambiente tem uma função especial, que é a de continuar a ser ela mesma, a ser empática com o lactente, a de estar lá para receber o gesto espontâneo e se alegrar com isso (Winnicott, 1963b/1983, p. 73).

O resultado dessa tarefa consiste em aceitar que a destrutividade é pessoal e que é dirigida ao objeto de amor. Como vimos, a mãe-objeto tem um papel fundamental de garantir o exercício desses impulsos destrutivos, sobrevivendo aos ataques. A presença contínua da mãe, que sustenta a situação no tempo e sobrevive, possibilita que, aos poucos, o bebê possa organizar imaginariamente as consequências de seus impulsos e, com isso, possa abrir caminho para o sentimento de culpa e o gesto de reparação. Winnicott destaca que, a mãe que suporta ser odiada, fornece a oportunidade para que se constitua um movimento, que se repetirá inúmeras vezes, entre o machucar-e-remendar (*hurting-made-good*), também chamado de “círculo benigno”. Cabe ressaltarmos que a capacidade de suportar ser odiado e a de sobreviver aos impulsos destrutivos descritos na relação entre a mãe e o bebê será retomada por Winnicott para pensar a relação analítica. Este aspecto será trabalhado na última seção desse capítulo.

A capacidade de “concernimento”, portanto, depende de um equilíbrio entre a sobrevivência da mãe-objeto e a confiabilidade da mãe-ambiente, que reconhece e recebe o gesto restaurador, pois sem essa sustentação a culpa e as ansiedades relativas ao impulso destrutivo podem se tornar insuportáveis. Segundo Winnicott,

o bebê humano é incapaz de suportar o peso da culpa [...]. Se a mãe sustenta a situação no tempo e sobrevive, dia após dia, de modo que o bebê tem tempo para organizar as numerosas consequências imaginativas da experiência instintiva e resgatar algo que seja sentido como ‘bom’, que apoia, que é aceitável, que não machuca, e com isto reparar imaginativamente o dano causado a mãe. (Dias, 2000, p. 37)

Portanto, o “concernimento” é considerado por Winnicott como uma capacidade, que, para ser adquirida, depende de um certo grau de amadurecimento emocional, assim como de um ambiente suficientemente bom, que ofereça as condições para que o bebê possa integrar a mãe-ambiente e a mãe-objeto. Nesse momento, ocorrem alterações importantes em seu mundo interno, pois ele passa a perceber que os seus impulsos amorosos e destrutivos estão dirigidos ao mesmo objeto/mãe. Assim, o bebê começa a se sentir preocupado e preocupado com os efeitos dos seus impulsos.

Para Winnicott, o termo “concernimento” confere uma positividade para um tipo de fenômeno que, tradicionalmente, é abordado de maneira negativa pela palavra “culpa”. A noção de “concernimento”, por sua vez, tem um sentido mais amplo, incluindo tanto o sentimento de responsabilidade, quanto a capacidade do indivíduo se importar ou se preocupar com os outros. Nesse momento do amadurecimento emocional, as relações se estabelecem de uma forma eminentemente dual, o que não implica em situá-la em um período específico, pois o amadurecimento do ser humano é um processo que perdura durante toda a vida. Nesse sentido, Winnicott descreve que:

há uma boa razão para se acreditar que preocupação – com seu aspecto positivo – emerge no desenvolvimento emocional inicial da criança em um período anterior ao do clássico complexo de Édipo, que envolve um relacionamento a três pessoas, cada uma sendo percebida como uma pessoa completa pela criança. Mas não há necessidade de ser preciso sobre a época, e na verdade a maioria dos processos que se iniciam no início da infância nunca está completamente estabelecido e continuam a ser reforçados pelo crescimento que continua posteriormente na infância e através da vida adulta, até mesmo na velhice (Winnicott, 1963b/1983, p.71).

A possibilidade de conviver com os aspectos destrutivos e construtivos da natureza humana constituem, na teoria winnicottiana, o fundamento para a capacidade de brincar e, mais tarde, encontrar satisfação e realização nas mais diversas atividades da vida cotidiana. O fracasso na conquista dessa possibilidade pode acarretar certos distúrbios reunidos por Winnicott como casos de depressão reativa, certos tipos de paranoia e tendências antissociais. Nesses casos, o sentimento de culpa pode surgir como uma defesa paradoxal, uma vez que não

houve a possibilidade de reparação. Em certas situações, para dar conta do sentimento de culpa e se libertar dos sentimentos de amor e de ódio pelo mesmo objeto, o indivíduo pode acabar cometendo algum ato ilícito, ou crime, tornando-se, de fato, culpado. Dessa maneira, o indivíduo encontra uma resolução para a ansiedade e a culpa relativas à ambivalência.

Podemos acompanhar como Winnicott atribui ao ambiente funções fundamentais para que os processos de integração, de personalização e de apresentação dos objetos possam se desenvolver de uma maneira satisfatória. Para que essas três tarefas básicas possam ser alcançadas pelo bebê, o ambiente possui um papel crucial, seja na integração possibilitada pelo *holding* materno; ou no alojamento da psique no corpo proporcionado pelo *handling*; como também na apresentação dos objetos, no que irá configurar como uso do objeto e na aquisição da capacidade de “concernimento”; constituindo, assim, a base para as futuras relações objetais.

Após a aquisição suficientemente boa dessas capacidades inerentes aos períodos de dependência absoluta e de dependência relativa, Winnicott avalia que a criança pode ser considerada como uma pessoa inteira (*whole person*), capaz de se relacionar com pessoas inteiras. Podemos dizer que agora a criança possui um mundo interno pessoal e complexo, com fantasias e ansiedades, que se distingue do mundo externo. Nesse momento, por já ter alcançado uma unidade egóica, a integração dos instintos, e pode assumir sua responsabilidade pelos efeitos dos impulsos instintuais. Assim, a criança se encontra com as capacidades necessárias para experimentar as dificuldades inerentes às relações triangulares e interpessoais. Em oposição à teoria kleiniana, Winnicott afirma:

não posso ver nenhum valor na utilização do termo ‘Complexo de Édipo’ quando um ou mais de um dos três que formam o triângulo é um objeto parcial. No Complexo de Édipo, ao menos do meu ponto de vista, cada um dos componentes do triângulo é uma pessoa total, não apenas para o observador, mas especialmente para a própria criança (Winnicott, 1988/1990, p. 67).

Assim como nos outros estágios, o complexo de Édipo, ou estágio edípico, também traz inúmeras dificuldades e pode acarretar diversos sintomas neuróticos.

Contudo, há uma importante diferença: essas dificuldades não são resultado de falhas ou de negligências ambientais, mas de conflitos instintuais que geram, na criança, medos, ansiedades e angústias. Outra importante diferença diz respeito à predominância do recalque como mecanismo de defesa, o que implica na existência de um inconsciente reprimido cujos conteúdos recalcados buscarão se manifestar em sonhos ou fantasias -para citar algumas possíveis manifestações do inconsciente. Nos estágios anteriores e mais precoces do amadurecimento emocional, a defesa predominante era a cisão, que, enquanto reação às falhas ambientais, incidia diretamente no processo de integração do ego, paralisando a conquista da unidade egóica e dificultando a aquisição de um sentimento de si-mesmo/*self*.

Tendo exposto de forma sucinta como Winnicott pensa o processo de amadurecimento emocional pelo viés da saúde, ou, como ele mesmo destacava, quando “tudo vai bem”, torna-se necessário apresentar as configurações patológicas que podem advir enquanto reações às falhas ambientais. Para Winnicott, como vimos, as forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência são fortes nesses momentos iniciais após o nascimento. Em condições suficientemente boas a criança pode amadurecer e se desenvolver, mas “quando as condições não são suficientemente boas essas forças ficam contidas dentro da criança e de uma forma ou de outra tendem a destruí-la” (Winnicott, 1962b/1983, p. 63).

4.2 – Trauma, agonias impensáveis e falso self patológico

Podemos extrair dos trabalhos de Winnicott uma classificação sobre a etiologia dos mais diversos distúrbios psíquicos: neuroses, psicoses, esquizoidia, tendência antissocial, *borderlines* e depressões. Esses diagnósticos, bastante conhecidos pela literatura psiquiátrica e psicanalítica, serão repensados por Winnicott a partir da perspectiva introduzida pela sua teoria do amadurecimento emocional. Na introdução do livro *O ambiente e os processos de maturação* (1979/1983), Winnicott apresenta, de forma mais clara, a sua proposta:

desenvolvendo a ideia de dependência absoluta na mais tenra infância, proponho uma nova maneira de examinar a classificação de doenças mentais. Meu propósito neste sentido não é tanto o de rotular tipo de personalidade como o de fomentar especulação e pesquisa nos aspectos da técnica analítica que se relacionam com a satisfação das necessidades do paciente em termos de dependência na situação e no relacionamento analíticos (Winnicott, 1979/1983, p. 16).

O diagnóstico para Winnicott é fundamental como orientação para o analista escolher a abordagem técnica mais apropriada à singularidade de cada caso. Nesse sentido, Winnicott se distancia da tradição psiquiátrica clássica cuja pretensão era a de formular entidades nosológicas que descrevessem as doenças no intuito de abarcar a totalidade das manifestações patológicas do ser humano. Para Winnicott, o analista deve recolher informações que lhe permitam traçar a evolução do distúrbio ao longo da linha vital do indivíduo, para que possa, em algum momento, formular uma hipótese diagnóstica. Assim, não se trata apenas de uma avaliação embasada nos sintomas que o paciente apresenta no momento em que está em análise, mas de uma avaliação que inclui todo o percurso de vida do indivíduo. Nesse sentido, Winnicott explica que “uma histérica pode se revelar uma esquizofrênica subjacente, uma pessoa esquizoide pode vir a ser o membro sadio de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo” (Winnicott, 1959/1983, p. 121).

A partir desse ponto de vista, Winnicott assinala o possível trânsito entre distintas modalidades de constituição psíquica, que podem apresentar diversas possibilidades de superposição de distúrbios psíquicos, ou seja, uma maneira de pensar uma classificação diagnóstica na qual não há limites rígidos entre os distúrbios psíquicos. Nessa perspectiva, o diagnóstico irá orientar o analista sobre como proceder, em termos técnicos, na trajetória singular de cada paciente. Em outras palavras, o paciente é um ser único, que possui necessidades singulares, e que demanda do analista um papel específico no *setting* analítico.

Em relação aos fatores etiológicos, Winnicott entende que os distúrbios psíquicos mais graves, sobretudo, aqueles que podemos chamar como não-neuróticos, devem ser relacionados às falhas ambientais nos períodos iniciais dos processos de constituição psíquica. Esses distúrbios estão associados, portanto, às

complicações na resolução de determinadas tarefas fundamentais, em momentos distintos do processo de amadurecimento do indivíduo. Dias (2003) comenta que para Winnicott:

quando há fracasso na conquista desta ou daquela etapa do amadurecimento, um distúrbio emocional se estabelece. A natureza do distúrbio está relacionada com o seu ponto de origem: na linha do amadurecimento, isto é, com a natureza da tarefa com a qual o bebê, ou a criança, estava envolvido por ocasião do fracasso ambiental (Dias, 2003, pp. 102-103).

Assim, as condições e especificidades dos distúrbios psíquicos devem ser pensadas como padrões que se estabeleceram como reações às falhas traumáticas na relação entre o bebê e o ambiente, durante momentos específicos de sua história pessoal.

Devido à amplitude e à riqueza de detalhes que encontramos nas descrições de Winnicott sobre os quadros clínicos, teremos que nos restringir à exposição geral de certos distúrbios psíquicos, aqueles que considerarmos mais profícuos para pensar uma clínica e uma técnica adaptada aos casos de indivíduos severamente traumatizados. Nesse sentido, não poderemos abordar, aqui, a leitura winnicottiana das neuroses, e tampouco, a de certos casos de depressão. O nosso enfoque será, portanto, os casos de psicose, de esquizoidia, certos aspectos da tendência antissocial e os casos onde há a predominância de um *falso self* patológico.

Partindo da sua concepção do processo de amadurecimento emocional, Winnicott relata, por exemplo, que falhas decorrentes de um ambiente que foi incapaz de se adaptar às necessidades dos momentos mais precoces de *dependência*, sobretudo em sua função de *holding*, podem despertar na criança intensos desconfortos. Estes são nomeados por Winnicott de agonias impensáveis, podendo se expressar como sensações de despedaçamento, de estar caindo em abismos sem fim, de perda de qualquer conexão com o corpo e de ausência de orientação (Winnicott, 1962a/1983).

Quando o ambiente falha na adaptação ao bebê, este se depara com uma situação na qual o que lhe resta é se adaptar ao ambiente, reagindo à intrusão

resultante do fracasso ambiental. A necessidade de reagir à falha provoca uma ruptura em sua *continuidade de ser*, assim como uma perda da espontaneidade em seus gestos criativos, uma vez que o ambiente não se apresenta na medida em que é necessário para o bebê. Para Winnicott, o que constitui o trauma é essa ruptura na *continuidade do ser* provocada pela reação do bebê às falhas do ambiente. Essa ruptura, em um momento tão primitivo do desenvolvimento, é vivida como uma agonia que não pode ser nomeada, nem pensada e nem representada. Nesse sentido, Winnicott afirma que

o trauma implica que ele [bebê] sofreu uma interrupção na continuidade da vida, de maneira que as defesas primárias se organizam agora para defendê-lo contra repetição de uma ‘ansiedade impensável’ ou do retorno de um estado agudo de confusão pertencente à desintegração da estrutura nascente do ego (Winnicott, 1971/2019, p. 157)

Em relação aos efeitos dessas falhas ambientais primitivas, Winnicott menciona algumas distorções da organização do ego, como: a esquizofrenia infantil ou autismo; a esquizofrenia latente; a personalidade esquizoide; e a falsa autodefesa (utilização de uma defesa constituída pela emergência de um *falso self*). Cada uma delas tem íntima relação com comprometimentos nos processos de integração, personalização e a sensação de sentir-se real, que se dão, gradualmente, no desenvolvimento do bebê. Assim, ao longo do desenvolvimento do indivíduo e da constituição de sua personalidade, podem ocorrer situações ambientais desfavoráveis que instauram cortes e pontos de fixação em seu amadurecimento emocional.

No artigo sobre “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família” (1965a), Winnicott fornece uma classificação com cinco possibilidades de configuração traumática que podem ocorrer durante o processo de amadurecimento. De forma sucinta, a primeira diz respeito às experiências traumáticas durante os momentos iniciais de dependência absoluta. Nesse estágio, as recorrentes falhas de adaptação fazem com que não se constitua uma confiabilidade básica no ambiente. Assim, ao invés de confiável – isto é, regular, previsível, atento às necessidades e garantidor da *continuidade do ser* – o

ambiente age de maneira caótica, imprevisível e pouco sensível às necessidades básicas. A experiência traumática se configura a partir de dois elementos principais: a intrusão do ambiente e, principalmente, a reação automática do bebê à intrusão. O conjunto de reações às intrusões podem se tornar um padrão na vida do bebê ou da criança pequena, impedindo e paralisando a sua tendência natural de amadurecer e de “tornar-se uma unidade integrada, capaz de ter um *self* com um passado, um presente e um futuro” (Winnicott, 1963a/1983, p. 82). Se o padrão ambiental é intrusivo, o bebê não pode *ser*, mas apenas reagir e recuar para um isolamento puramente defensivo. Portanto, “enquanto está reagindo, um bebê não está sendo” (Winnicott, 1958b/2000, p. 267).

Nestas situações, seja por uma presença excessiva ou por uma escassez de sustentação, as falhas ambientais exigirão reações defensivas do bebê diante da emergência das agonias impensáveis. A especificidade das defesas que se organizam nesses períodos muito primitivos diz respeito aos quadros clínicos predominantemente psicóticos cujo sofrimento está associado à ameaça de desintegração de um ego ainda em seus períodos iniciais de desenvolvimento, também entendida como o medo do colapso. Segundo Winnicott:

é errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, e é geralmente bem-sucedida (exceto quando o meio ambiente facilitador não foi deficiente, mas sim atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a uma bebê humano) (Winnicott, 1974 [1963]/1994, p. 72)

Apesar de Winnicott não apresentar uma classificação bem delimitada das psicoses, podemos encontrar, em seus trabalhos, diversos graus e modalidades defensivas, como, por exemplo: a esquizofrenia inteiramente desenvolvida, esquizofrenia infantil (autismo), fronteiraços (*borderlines*) e esquizoides. Na descrição etiológica sobre a esquizofrenia, Winnicott indica que, de uma maneira geral, as psicoses estarão relacionadas às falhas no período onde deve haver uma unidade dual entre a mãe e o bebê, anterior à possibilidade de discernimento de qualquer agente terceiro ou objeto externo. Para o autor, “de fato, chegamos à vida do lactente relativa a objetos parciais, e ao lactente que é dependente, mas incapaz

de reconhecer essa dependência” (Winnicott, 1963c/1983, p. 211). A complexidade e a variedade dos quadros clínicos que integram o grupo das psicoses irão depender, portanto, do momento no qual as defesas às falhas ambientais são acionadas. Nesse sentido, as diferentes configurações dos distúrbios psicóticos estarão intrinsicamente associadas tanto ao momento do amadurecimento emocional do indivíduo, no qual houve o traumatismo, quanto à força e à duração dos traumas e das reações que lhes sucedem.

A segunda compreensão da experiência traumática está relacionada ao momento de passagem da dependência absoluta à dependência relativa. Uma vez tendo favorecido, durante o tempo necessário, a experiência de onipotência, que constitui a base da capacidade para a ilusão, cabe à mãe iniciar, de maneira gradual, o processo de desilusão. Winnicott usa como exemplo o desmame, situação na qual a mãe, ao “falhar”, permite que o bebê possa criar novos processos mentais e formas de comunicação. Estes buscam dar conta dos hiatos que surgem entre a adaptação total e a adaptação incompleta, tornando assim, gradualmente, aceitáveis, toleráveis e previsíveis, as falhas do ambiente. A “compreensão intelectual” converte a “adaptação insuficientemente boa do ambiente numa adaptação suficientemente boa. Naturalmente, ao utilizar-se desse mecanismo, o indivíduo encontra-se em condições bem melhores, se o ambiente comporta-se de modo coerente”. (Winnicott, 1953[1952]/2000, p. 312). Se essas falhas ultrapassarem a capacidade do bebê tolerar a descontinuidade, geralmente oriundas de um ambiente caótico e imprevisível, as reações defensivas produzirão efeitos patológicos. Outra possibilidade, que concerne a esse momento do desenvolvimento, diz respeito às situações nas quais não há uma introdução de falhas graduais, que facilitem o processo de desilusão, impedindo, assim, que o amadurecimento siga o seu curso em direção às relações objetais.

Por se tratar de um período ainda muito inicial do amadurecimento, os distúrbios nessa etapa de transição entre os estágios de dependência podem abranger uma ampla gama de gradações, que abarcam desde os casos de esquizoidia até as mais diversas variações das personalidades constituídas pela predominância de um *falso self* patológico. De uma maneira geral, o sofrimento desses indivíduos aponta para uma falha nos momentos de constituição do espaço potencial, assim como na manutenção da ilusão básica e do exercício da criatividade. Essas falhas

tornam bastante difícil o estabelecimento de relações dentro de uma realidade consensual e compartilhada, uma vez que o mundo subjetivo “é mais real do que a própria realidade objetiva” (Dias, 2003, p. 214). Nesse sentido, a realidade objetiva é concebida como uma afronta, uma vez que é compreendida como ameaçadora e intrusiva. Diante dessas ameaças, o indivíduo tende a se defender através de um retraimento (isolamento), evitando, dessa forma, o aniquilamento do *self*.

O terceiro tipo de trauma está associado ao período no qual o bebê ou a criança pequena já estabeleceu a crença na continuidade dos processos de amadurecimento e na estabilidade ambiental. Nesse momento, o bebê já possui uma unidade psíquica e a consciência de que existe uma realidade externa distinta, ou seja, quando há uma falha, ele já pode perceber se “algo vai mal em si mesmo” ou se “algo falhou” no ambiente. Uma vez que a capacidade de “acreditar em algo” ainda está sendo sedimentada, a criança pequena ainda precisa de um ambiente que forneça a confiabilidade necessária para essa construção. Nesse sentido, se o ambiente falha repetidamente nesse momento, a experiência traumática se configura como a perda da fé (*faith*) na confiabilidade do ambiente. Esse tipo de falha pode levar a criança, por exemplo, a exigir que o ambiente volte a ser confiável, atacando-o na esperança de que ele a sustente – como ocorre, por exemplo, nos casos descritos como tendência antissocial. Cabe destacar que a esperança é pensada por Winnicott como um elemento fundamental que perpassa a tendência antissocial em suas diversas formas de manifestação. A esperança deve ser entendida, nesses casos, como uma necessidade inconsciente, um apelo ou uma demanda feita ao ambiente para que ele compareça de forma efetiva, no intuito de restaurar as falhas que foram sentidas como traumáticas.

De maneira sucinta, diferentemente dos outros tipos clínicos, a tendência antissocial não é um diagnóstico, mas um comportamento que pode existir em todas as idades e em qualquer distúrbio clínico, o que implica dizer que a tendência antissocial “pode ser encontrada tanto em indivíduos normais quanto em neuróticos ou psicóticos” (Winnicott, 1956b/2000, p. 408). Winnicott assinala que a especificidade do sofrimento nesses casos diz respeito à *deprivação*. Cabe, aqui, mencionarmos que *deprivação* é um neologismo criado para distinguir o seu sentido do fenômeno da privação. Apesar desses termos serem parecidos, eles se referem a momentos distintos do desenvolvimento. A privação é pensada por Winnicott como

uma falha ambiental muito precoce, na qual necessidades essenciais não puderam ser atendidas. Essas falhas primitivas aconteceram em uma época na qual havia uma indiferenciação entre o indivíduo e o ambiente, o que impossibilita a atribuição de responsabilidade a alguma dimensão externa. Na *deprivação*, de maneira distinta, já há uma compreensão acerca da realidade externa e uma certa maturidade egóica, o que permite ao indivíduo compreender e localizar de onde está vindo e o que está causando o seu sofrimento.

Em um momento mais avançado do desenvolvimento, onde o indivíduo começa a se apropriar de sua impulsividade instintual e a se sentir responsável pelos resultados desta, a experiência traumática produz efeitos de outra ordem. Trata-se, agora, de uma pessoa inteira que estabelece relações com pessoas igualmente inteiras. Para Winnicott, é a partir desse momento que podemos pensar o complexo de Édipo e o complexo de castração como fonte de traumas (feridas). Nesse momento, caso o ambiente não se mantenha estável o suficiente, de modo a oferecer tempo e tranquilidade para que a criança suporte e elabore os seus conflitos e tensões internos, ela poderá sofrer demasiadamente, mas não será aniquilada e não terá paralisado o seu processo de amadurecimento (Winnicott, 1965a/1994, p. 114).

Para Winnicott, além do estabelecimento de relações entre pessoas inteiras, outro indicativo de que estamos no campo da neurose consiste em estarmos diante de questões que podem ser delimitadas como uma problemática relacionada aos instintos que perpassam as relações interpessoais. Na neurose, o indivíduo trava uma luta contra os instintos e a ambivalência que deles resulta, por exemplo, a criança pequena que vivencia o conflito entre amar e odiar a figura parental. Diante do sofrimento gerado pelo conflito, o inconsciente reprimido e as defesas específicas surgem como uma forma de auxílio à difícil tarefa de lidar com os instintos (Winnicott, 1988/1990). Assim como nos períodos de dependência, Winnicott atribui ao ambiente um papel importante nesse momento do desenvolvimento. O ambiente, agora constituído pelos pais como pessoas inteiras, precisa manter uma certa solidez, uma estabilidade, para que a criança pequena possa experimentar as fortes intensidades que derivam dos sentimentos de amor e de ódio. Segundo Winnicott,

feliz e saudável é o menino que chega precisamente a este ponto de seu desenvolvimento físico e emocional quando a família está intacta, e que pode ser acompanhado em meio a esta constrangedora situação em primeira mão pelos próprios pais, que ele conhece muito bem, pais que toleram idéias, e cujo relacionamento é firme o bastante a ponto de não temerem a tensão sobre as lealdades, criada pelos ódios e amores da criança (Winnicott, 1988/1990, p.68).

Assim, na compreensão de Winnicott, para que o recalque se constitua como o mecanismo de defesa predominante, em razão das ansiedades oriundas das experiências dos instintos e das fantasias concernentes aos relacionamentos interpessoais, o ambiente circundante precisa oferecer certas condições suficientemente boas, como, por exemplo, não temer ou retaliar a ambivalência que habita a criança pequena. Dessa maneira, ela terá a ajuda necessária para o estabelecimento de uma nova possibilidade de relação, nesse momento, com pessoas totais e em relações triádicas.

Por último, o quinto tipo de trauma consiste na destruição da pureza da experiência individual devido a intrusão, de maneira súbita e imprevisível, de um fato real, “e pela geração de ódio no indivíduo, ódio do objeto bom experienciado não como ódio, mas delirantemente, como sendo odiado” (Winnicott, 1965a/1994, p. 114). Nessa situação, o indivíduo, que já tem estabelecida a capacidade de sentir ódio, sofre a intrusão imprevisível de um fato real que o fere e paralisa momentaneamente. Essa situação pode acontecer em qualquer idade, e se caracteriza por um prejuízo da “pureza da experiência individual” (Winnicott, 1965a/1994, p. 114), devido a um fato profundamente decepcionante, ou, então, a partir da sobrecarga de sucessivas decepções. Esse prejuízo não resulta em uma sensação de aniquilamento, mas em uma espécie de amargor, de ressentimento e de quebra de confiança no mundo ou na humanidade. Em certos casos, o indivíduo pode desenvolver uma defesa maciça, que consiste em projetar o ódio para fora, determinando, assim, o estabelecimento de aspectos paranoides da personalidade.

Como vimos, Winnicott pensa o trauma como constituído pelos efeitos de diversas reações do ego, ainda em amadurecimento, às falhas ambientais. Para evitar as agonias e as ansiedades, o ego aciona certas defesas, sendo a cisão

(*splitting*) a defesa primária mais básica. A cisão entre o *verdadeiro* e o *falso self* é a forma de defesa mais abrangente na teoria winnicottiana, pois engloba todos os seres humanos, em diferentes graus, e não é sinônimo de patologia. Em um certo grau, o *falso self* é necessário para a manutenção da saúde psíquica e emocional, por exemplo, no sentido da renúncia à onipotência e garantia do convívio social.

A definição de um *falso self* traz consigo a ideia de um *self* verdadeiro, que, potencialmente, está apto a se desenvolver desde o nascimento. Winnicott pensa o desenvolvimento do *verdadeiro self* a partir da sua definição de gesto espontâneo, ou seja, do primeiro impulso criativo do bebê em contato com a realidade, exemplificado no momento da primeira mamada. Esse contato, sustentado por um ambiente suficientemente bom, favorece as tendências inatas ao desenvolvimento e é a manifestação genuína do *verdadeiro self*. Nas palavras do autor, “o gesto espontâneo é o *verdadeiro self* em ação. Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e se sentir real” (Winnicott, 1960/1983, p. 135).

Para Winnicott o desenvolvimento que se direciona para a saúde é aquele que teve condições de se estabelecer em um processo no qual a *continuidade do ser* foi preservada, possibilitando que o indivíduo adquirisse um senso de *self* que lhe permitisse se sentir real. Isso implica em dizer que houve um ambiente suficientemente bom cujos cuidados ofertados obtiveram êxito em atender ao gesto espontâneo do bebê. O autor destaca que, durante esse processo, a atitude responsiva da mãe, através do seu olhar e de suas expressões, exerce um papel fundamental no sentido de construir e de fortalecer o *self*, assim como na emergência das expressões espontâneas do *verdadeiro self*. Em outras palavras, o *self* do bebê se constitui em um processo no qual uma parte fundamental consiste na imagem que retorna para ele a partir dos afetos transmitidos através do olhar e das expressões faciais da mãe, ou seja, as qualidades afetivas que compõem a sua imagem refletida no rosto da mãe.

Segundo Ogden (1994), a mãe, no seu papel de espelho, possibilita que o bebê se diferencie em duas dimensões: enquanto um eu-como-sujeito e um eu-como-objeto. Essa diferença lhe permite experimentar a diferença entre um ‘eu’ e um ‘mim’ (isto é, a diferença entre o *self*-como-sujeito e o *self*-como-objeto). Essa experiência traz consigo um paradoxo, no qual “a existência de eu-como-sujeito

requer a existência de mim (eu-como-objeto) porque, de outra forma, a existência própria fica sem forma. De modo similar, o self-como-objeto (mim) pressupõe o eu-como-sujeito observador que me reconhece” (Ogden, 1994, p. 49). Assim, ‘eu’ e ‘mim’ só têm sentido se relacionados entre si, em uma relação de total dependência entre as duas experiências. Dessa maneira, “cria-se um espaço reflexivo entre os pólos da dialética de ‘eu’ e ‘mim’, no qual o sujeito auto-reflexivo que experiencia é simultaneamente constituído e descentrado de si mesmo” (Ogden, 1994, p. 49).

Retomando a discussão sobre a constituição do *self* em termos de *verdadeiro* e *falso self*, esta ocorre, portanto, durante um longo processo de transição que vai da concepção de um mundo predominantemente subjetivo para a de um mundo objetivamente percebido. Nesse processo, a qualidade da mãe-ambiente e a adaptação ativa que ela pode oferecer são imprescindíveis tanto para a constituição do sentimento de realidade do *self*, como para a constituição da realidade do bebê. Ao garantir a ilusão de onipotência, a mãe ajuda o bebê a encontrar “realmente aquilo que ele cria, e a criar e vincular isso com o que é real” (Winnicott, 1970b/1999, p. 34). Em contraponto ao *falso self*, que, em certos graus, faz com que o indivíduo não se sinta real, o *verdadeiro self*, que encontrou condições favoráveis para se desenvolver, confere à vida uma sensação de realidade e de vitalidade; sensação de que a vida é real e de “sentir que vale a pena viver” (Winnicott, 1971/2019, p. 108). Essa é a condição para o que Winnicott nomeia como *fazer criativo*, ou seja, um sentimento de existência no qual haja a predominância do “fazer-pelo-impulso sobre o fazer-reativo” (Winnicott, 1970c/1999, p. 23).

Segundo Winnicott (1960), quando pesquisamos a etiologia do *falso self*, estamos também examinando os estágios das primeiras relações mãe-bebê. O surgimento do *verdadeiro self* depende da sustentação de um estado de onipotência realizado por uma *mãe suficientemente boa*, o que significa que o gesto espontâneo do bebê foi respondido no sentido da manutenção da ilusão e do paradoxo encontrado-criado na relação com o mundo. Quando há repetidas falhas nesse movimento em direção ao encontro com o gesto espontâneo do bebê, a mãe acaba substituindo o gesto dele pelo seu próprio, forçando-o a se adaptar e a se submeter. Essa submissão “é o estágio inicial do *falso self*, e resulta da inabilidade da mãe de sentir as necessidades do lactante” (Winnicott, 1960/1983, p. 133). O *verdadeiro*

self, portanto, só poderá se tornar uma realidade viva enquanto resultado “do êxito repetido da mãe em responder ao gesto espontâneo ou alucinação sensorial do lactente” (Winnicott, 1960/1983, p. 133). Quando a adaptação da mãe não é suficientemente boa, o bebê é forçado a se submeter à mãe/ambiente e o *falso self* se desenvolve como uma maneira de ocultar e proteger o *verdadeiro self*. Nos casos mais graves, a submissão pode ser tão forte que a espontaneidade deixa de ser um aspecto da experiência vivida, tornando-a, muitas vezes, irreal ou permeada por sentimentos de futilidade.

De acordo com Phillips (2006), na busca por proteger o *verdadeiro self* e dar-lhe condições para se desenvolver, o *falso self* se constitui como uma tentativa de substituição da função materna que falhou. Nesse sentido, “trata-se (o *falso self*) de uma forma primitiva de autossuficiência na ausência do cuidado. Ele começa a emergir, em sua forma mais severa, na infância” (Phillips, 2006, p.190). Podemos, portanto, entender o *falso self* como uma defesa que oculta e protege o *verdadeiro self*. E, na medida em que o *verdadeiro self* é a fonte dos impulsos pessoais, ter uma existência pautada, predominantemente, por um *falso self* torna a vida esvaziada de sentido e permeada por um senso de irrealidade que faz com que ela pareça não valer a pena.

No artigo “Psicose e cuidados maternos” (1952), Winnicott mostra que falhas ambientais nos períodos iniciais de dependência podem provocar reações defensivas que resultam em graves distorções na organização meio ambiente-indivíduo. Nesses casos, o indivíduo é forçado a se adaptar ao ambiente de maneira submissa, mantendo dissociada e protegida a espontaneidade inerente ao *verdadeiro self*. O padrão defensivo-adaptativo pode vir a se tornar o modo de vida do indivíduo, mantendo, dessa forma, uma existência pautada predominantemente pela organização do *falso self*, que, como uma espécie de escudo protetor, impede que o *verdadeiro self* receba o impacto das intrusões ambientais e/ou das excitações traumáticas dos instintos não satisfeitos. Winnicott destaca que, em certos casos, apesar do indivíduo apresentar um *falso self* satisfatório à percepção de um observador desatento, estamos diante de uma esquizofrenia latente. Nesse sentido, “o *falso self*, desenvolvido sobre uma base de submissão, não consegue atingir a independência da maturidade, exceto talvez uma pseudomaturidade em um meio ambiente psicótico” (Winnicott, 1952/2000, p. 382). Essa pseudomaturidade,

muitas vezes, se apresenta por meio de uma hipertrofia intelectual, já que o intelecto se constitui, entre outras funções, para controlar as variações e a instabilidade ambiental no intuito de evitar o impacto inesperado e traumatizante.

Naffah Neto (2010) considera que Winnicott, quando abordava o quadro clínico da esquizofrenia latente que subjaz à organização do *falso self*, costumava associá-lo aos pacientes *borderlines* e esquizoides. Sobre a esquizoidia, Winnicott afirma que a atividade de integração do *self* do bebê pode levar a uma experiência potencialmente paranoica, que, geralmente, é neutralizada pelos cuidados maternos. No entanto, quando o ambiente falha, o bebê pode vir a se defender das intrusões através de um retraimento ou de uma “introversão patológica defensiva” (Naffah Neto, 2010). Quando esse método de defesa se configura como um padrão e se cristaliza, o indivíduo pode permanecer durante toda a vida voltado para ao seu mundo íntimo, que está sujeito, de uma certa maneira, ao seu controle onipotente. A introversão, enquanto defesa, visa, portanto, à neutralização das experiências persecutórias, porém, às custas de uma não integração. Segundo Winnicott, trata-se de “um mundo de magia, e quem está nele se sente louco” (Winnicott, 1952 /2000, p. 227). Nesses casos, os relacionamentos com o mundo exterior se darão, predominantemente, a partir de um *falso self* cindido. Em relação aos pacientes *borderlines*, Winnicott apresenta uma definição mais próxima da ideia de uma esquizofrenia latente:

Pela expressão "caso borderline" quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas ele possui sempre suficiente organização psiconeurótica para ser capaz de apresentar uma psicose ou um transtorno psicossomático quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma grosseira. (Winnicott, 1968b/1994, p. 172).

Podemos constatar que Winnicott observa, nos pacientes *borderlines*, uma psicose que está sempre ameaçando irromper, o que traria à tona as agonias impensáveis de forma crua, mas que é contida por sintomas psiconeuróticos ou psicossomáticos, que têm por base o funcionamento adaptativo e contentor do *falso self* protetor. Essas duas noções – de *borderline* e esquizoide – aparecem ao longo dos trabalhos

de Winnicott com definições pouco claras, com suas especificidades e diferenças pouco delimitadas, às vezes se sobrepondo, ora se distinguindo.

Para Winnicott, os casos mais severos, como os de psicoses e de personalidades que se constituem tendo como predominância a organização de um *falso self* patológico, trazem diversas questões para a técnica psicanalítica. Nesses casos, a ameaça vivida é distinta das angústias produzidas pela ameaça de castração em um neurótico; a ameaça diz respeito às agonias impensáveis ou angústias psicóticas, que podem ser descritas em termos do medo iminente de um colapso (*breakdown*).

4.3 – Holding, regressão à dependência e confiabilidade

Winnicott estabelece que esses pacientes, devido às fixações e congelamentos produzidos pelas reações às falhas ambientais, possuem uma tendência a regredir às situações de dependência. Nessas condições, a relação analítica que se estabelece nesses casos é permeada por fenômenos que podem ser remetidos a momentos nos quais ainda não era possível conceber a dimensão externa do mundo dos objetos. Em função disso, também não se pode identificar uma personalidade consolidada e integrada. Nesse sentido, Winnicott sustenta a necessidade de uma modificação da técnica, uma vez que a técnica psicanalítica clássica pressupõe que os indivíduos tenham alcançado um alto grau de integração e amadurecimento egóico.

Tomando como paradigma os momentos e as experiências iniciais de dependência entre a mãe e o bebê, Winnicott considera que o analista, ao atender pacientes severamente traumatizados, precisa se adaptar ativamente às suas necessidades. Essa necessidade de adaptação traz à tona uma série de questões relacionadas, por exemplo, à maneira como ele deve se comportar, à forma de comunicação com esses pacientes profundamente regredidos, além de como, e quando, utilizar o método interpretativo.

Nessas situações clínicas de regressão à dependência, Winnicott destaca que os fenômenos que surgem no *setting* dizem respeito às falhas ambientais e aos seus efeitos, como, as agonias impensáveis e a vivência eminente de colapso. A

especificidade desse tipo de sofrimento deve ser pensada como estando referida a fenômenos que não puderam ser experienciados e vividos dentro dos limites de um ego suficientemente integrado. Nesse sentido, distinguem-se dos conflitos neuróticos que, ao se tornarem intoleráveis, foram recalçados e afastados da consciência. Trata-se, portanto, de fenômenos que não puderam ser integrados ao longo do tempo, o que resulta em uma impossibilidade de serem recordados como lembranças.

Winnicott propõe que, nesse tipo de clínica, precisamos rever o uso das interpretações, pois não se pode recordar aquilo que não se encontra integrado ao ego. Assim, as interpretações, tal como estabelecidas por Freud, devem ficar em segundo plano, ainda que temporariamente, pois o enfoque do analista consiste em se adaptar às necessidades do paciente. Nesse sentido, Winnicott afirma que:

as interpretações visando o *insight* se tornam menos importantes, e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é essencial. A consistência é uma experiência primária e não algo a ser recordado e revivido na técnica do analista (Winnicott, 1963c/1983, p. 216).

As modificações propostas por Winnicott serão pensadas em termos de “manejo”, distinguindo essa forma de condução do tratamento de uma condução “clássica”, baseada predominantemente no uso de interpretações. Pensando nessa distinção, Winnicott afirma que, nas análises com os pacientes cujo sofrimento diz respeito aos momentos mais iniciais do amadurecimento emocional “a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico deve ser deixado de lado, o manejo ocupando a totalidade do espaço” (Winnicott, 1954a/2000, p. 375).

A noção de manejo está associada ao atendimento das necessidades dos pacientes no que diz respeito à manutenção da *continuidade do ser*, o que implica em uma adaptação do analista/ambiente. Nesse ponto, precisamos distinguir essas necessidades das demandas de satisfação pulsional descritas por Freud, que, segundo os parâmetros da técnica clássica, devem ser mantidas em estado de frustração.

Segundo Winnicott, essas necessidades não devem ser reduzidas às necessidades fisiológicas, nem tampouco às tensões pulsionais, pois se trata de necessidades emocionais, principalmente, de contato humano, em seus aspectos corporais e afetivos. Se, por um lado, Winnicott reconhece a importância da compreensão freudiana da sexualidade infantil, por outro, ele não considera que isso abarque todas as dimensões do humano. Embora a dimensão corporal esteja presente desde o nascimento, isso não significa que a sexualidade esteja presente em todos os processos que ocorrem no bebê. Para Winnicott, a sexualidade é uma maneira específica de vivenciar a instintualidade, que só poderá ocorrer em um momento mais tardio do processo de amadurecimento. Antes que o ego esteja suficientemente integrado, os instintos podem ser vividos como fenômenos que são oriundos do mundo externo, como algo que assola e invade o indivíduo. Nesse sentido, Winnicott explica que:

Deve-se ressaltar que ao me referir a satisfazer as necessidades do lactente não estou me referindo à satisfação de instintos. Na área que estou examinando os instintos não estão ainda claramente definidos como internos ao lactente. Os instintos podem ser tão externos como o troar de um trovão ou uma pancada. O ego do lactente está criando força e, como consequência, está a caminho de um estado em que as exigências do serão sentidas como parte do *self*, não como ambientais (Winnicott, 1960/1983, p. 129)

Lejarraga (2008) destaca algumas passagens em Winnicott que indicam a qualidade dos afetos e o estado afetivo do bebê, que podem nos indicar quais são as suas necessidades primárias. Para Winnicott, “se o bebê pudesse falar, diria: ‘Aqui estava eu, desfrutando uma *continuidade de ser*’” (Winnicott, 1964/1999, p.37, grifos do autor). Em outro texto, “A dependência nos cuidados infantis” (1970a/1999), Winnicott descreve as experiências do lactente da seguinte maneira: “consciência deliciosa de estar vivo”, “alegria de ser carregado”, “entusiasmo e prazer que decorrem do movimento”, “sensação de relaxamento e repouso” (Winnicott, 1970/1999, p.76). A partir dessas descrições, podemos deduzir que, quando existe um ambiente suficientemente bom, predomina no bebê um estado afetivo composto por “sensações prazerosas de repouso, alegria, de usufruir ou se deliciar com a experiência de *ser*” (Lejarraga, 2008, p. 93). Nesse sentido, os afetos

e o contato humano, enquanto necessidades egóicas primárias, estão referidos ao *ser*, isto é, à criação e manutenção das qualidades para que o processo de amadurecimento possa acontecer, em todos os seus aspectos.

Para Winnicott, portanto, as necessidades que remontam às experiências iniciais de dependência são anteriores e se distinguem das pulsões sexuais em Freud, uma vez que estas estão referidas à sua concepção metapsicológica de satisfação enquanto descarga de tensão. Assim, é de extrema importância que essas necessidades, descritas por Winnicott, possam ser identificadas e atendidas. Caso contrário, o analista reproduzirá o ambiente que outrora foi incapaz de se adaptar. Ao levar em consideração que nem todas as necessidades dizem respeito à satisfação pulsional, Winnicott estabelece outros parâmetros para a condução da análise e para o uso das interpretações.

Tomando como paradigma a situação de unidade-dual, na qual há uma indistinção entre a mãe e o bebê, Winnicott compreende que os pacientes, em profundos estados de regressão, tendem a tomar o analista como um objeto subjetivo. Nesses momentos, uma interpretação, por exemplo, pode ser sentida pelo paciente como um elemento intrusivo, que invade e perturba o estado fusional em que ele se encontra. Até mesmo uma comunicação verbal poderá ter efeitos nocivos nesses momentos. Logo, podemos ver que estamos diante de uma questão complicada e que diz respeito à comunicação com pacientes regredidos. Nesse sentido, Winnicott comenta:

É possível observar que estou levando vocês para um lugar onde a verbalização perde todo e qualquer significado. Que ligação pode haver entre tudo isso e a psicanálise, que se fundamentou no processo de interpretações verbais de pensamentos e ideias verbalizados? (Winnicott, 1968/1999, p. 81).

Winnicott propõe que, nessas situações, o trabalho analítico se configura em termos de adaptações silenciosas, o que implica em estar atento aos mínimos gestos e sinalizações dos pacientes. A espera nesses momentos é crucial para que o paciente possa, gradualmente, confiar no analista e no *setting*. A interpretação pode ser vivida pelo paciente regredido como uma atribuição de sentido que se impõe de

fora, de maneira intrusiva, além de não corresponder, na maioria das vezes, aos seus próprios modos de comunicação mais comuns. Assim, o analista apressado acaba colocando em risco o estabelecimento de uma relação de confiança. Sobre os riscos envolvidos, Winnicott explicita que:

se esperamos, nos tornamos percebidos objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falharmos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico do paciente (que é o equivalente ao processo maturacional do lactente e da criança) subitamente nos tornamos não-eu para o paciente, e então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiado próximos da comunicação com o núcleo central e silencioso da organização do ego do paciente (Winnicott, 1963d/1983. pp. 171-172).

Isso não significa que nenhuma comunicação verbal possa ser feita, mas que o analista deve aguardar que o paciente consiga situá-lo “*fora da área dos fenômenos subjetivos*” (Winnicott, 1968b/1994, p. 172, grifos do autor). Diante desta precaução, Winnicott sugere que as interpretações devem ser econômicas e o seu conteúdo deve ir ao encontro do que o paciente está prestes a conceber. Logo, nem tudo que o analista compreende deve ser transformado em material de interpretação, pois dessa forma agirá a partir de suas próprias necessidades, sobretudo, intelectuais e narcísicas. De maneira distinta, as interpretações devem se limitar aos elementos que o paciente sinaliza que está em condições de elaborar, de modo que a comunicação do analista possa se configurar como uma resposta atenta ao gesto produzido pelo próprio paciente. Do contrário, corre-se o risco

que o espaço potencial seja preenchido por coisas injetadas por alguém que não o bebê. Aparentemente, tudo o que ocupa esse espaço, mas veio de outra pessoa, é material persecutório, que o bebê não tem meios de rejeitar. Os analistas devem estar atentos para não criar um sentimento de confiança e uma área intermediária onde a brincadeira pode ocorrer e, então, injetar nessa área, ou inflá-la com interpretações que, na verdade, são produto de suas próprias imaginações criativas (Winnicott, 1971/2019, p. 165)

O analista que espera e guarda para si as interpretações que lhe ocorrem está agindo de uma maneira atenta às possibilidades de compreensão e às necessidades

dos pacientes. Além disto, o *setting* como um todo está funcionando como um ambiente bem adaptado, que passa a se configurar como um espaço potencial, no qual os fenômenos são vividos como sendo criados pelo paciente. Nesse sentido, a análise deve transcorrer, predominantemente, na área da transicionalidade. Devido a essa exigência, Winnicott orienta os psicanalistas a permitirem a ação da capacidade de brincar do paciente, isto é, de ser criativo no trabalho analítico. Pois, “a criatividade do paciente pode ser roubada com muita facilidade por um terapeuta que sabe demais. Naturalmente, não importa o quanto ele de fato sabe, desde que consiga esconder esse conhecimento ou evite anunciar o que sabe” (Winnicott, 1971/2019, p. 97).

Assim como o trabalho terapêutico corresponde ao brincar, a relação entre paciente e analista tem como protótipo a relação entre a mãe e o bebê. Nesse sentido, assim como o rosto da mãe é o espelho que permite ao bebê ver a si mesmo, o analista e as suas interpretações devem buscar “devolver constantemente ao paciente aquilo que ele mesmo traz. Trata-se de uma complexa derivação do rosto que reflete o que está lá para ser visto” (Winnicott, 1967/2019, p. 187). Esse trabalho do analista, Winnicott sublinha, é “emocionalmente exaustivo”, mas possibilita ao paciente, sustentado por uma relação de confiança, a descoberta de seu próprio *self* e a experiência de se sentir real. Para o psicanalista inglês, “sentir-se real é mais do que existir; é encontrar um modo de viver como si mesmo, de se relacionar com objetos como si mesmo e ter um *self* para onde fugir em busca de relaxamento” (Winnicott, 1967/2019, p. 187).

A repetição desses acontecimentos, vividos na experiência analítica, permite que o paciente sinta que a sua própria vida, de fato, lhe diz respeito. Segundo Winnicott:

É a apreciação criativa que faz o indivíduo sentir que vale a pena viver. Em contraste direto com essa forma de lidar com a realidade externa está um relacionamento de submissão que reconhece o mundo e seus detalhes, mas apenas como algo a que se deve adequar ou que exige adaptação. A submissão traz ao indivíduo um sentimento de futilidade associado à ideia de que nada importa e de que a vida não é digna de ser vivida. Cruelmente, muitos indivíduos experimentam apenas o suficiente da vida criativa para reconhecer que, na maior parte do tempo, vivem de maneira não criativa, como se estivessem presos na criatividade de outra pessoa ou de uma máquina (Winnicott, 1971/2019, p. 108).

A situação analítica, portanto, passa a ser concebida a partir do modelo do brincar e da confiabilidade. Assim, qualquer interpretação feita fora da área de superposição do brincar compartilhado não será aceita pelo paciente. Na compreensão de Winnicott, essa resistência – e os conteúdos psíquicos que a determinam – não devem ser interpretados, mas sinalizam que houve uma falha do analista. Nesse sentido, Winnicott afirma que “a interpretação que não funciona significa, sempre que fiz no momento errado ou da maneira errada, e a revogo incondicionalmente” (Winnicott, 1971/1984, pp. 17-18).

Segundo Winnicott, as interpretações devem assumir um papel mais amplo, como, por exemplo, o de uma forma mais bem adaptada de comunicação com o paciente. Nesse sentido, as palavras podem ser utilizadas como uma maneira de comunicar ao paciente sobre a disponibilidade e a presença reais do analista, ou seja, que o analista está vivo e interessado em compreender o que se passa com o paciente. Assim, o propósito da interpretação:

deve incluir um sentimento que o analista tem de que foi feita uma comunicação que precisa ser reconhecida (...). Na forma mais simples, o analista devolve ao paciente o que este comunicou. Pode facilmente acontecer que o analista ache que isto é uma ocupação fútil, porque, se o paciente comunicou algo, qual é o sentido de fazê-lo de volta, exceto naturalmente pelo intuito de informar ao paciente de que o que ele disse foi ouvido e que o analista está tentando alcançar corretamente o sentido (Winnicott, 1968a/1994, p. 164).

Devolver a comunicação do paciente em palavras significa dar “ao paciente a oportunidade de corrigir os mal-entendidos” (Winnicott, 1968a/1994, p. 164). Winnicott parte do pressuposto de que a comunicação do paciente é feita, muitas vezes, por uma parte dissociada, e, quando o analista reflete o que lhe foi comunicado, o material atinge a totalidade da personalidade. Ao agir dessa maneira, o paciente poderá corrigir o conteúdo dentro dos seus limites de possibilidade de integração. Podemos pensar que esta é uma forma de pensar o sentido da interpretação como algo construído na relação analista-paciente, e não apenas pelo analista.

Nesse ponto, podemos destacar outra compreensão de Winnicott acerca das interpretações, que, além de facilitar a comunicação com o paciente, uma vez que

está adaptada às suas possibilidades de compreensão, também tem a finalidade de promover a integração do que foi vivido na relação transferencial ao conjunto da personalidade. Nesse sentido, Winnicott comenta que

é esta integração do ego que me interessa e satisfaz particularmente (embora não deva ser para me satisfazer que ocorra). É muito gratificante observar a capacidade crescente do paciente de reunir tudo dentro da área de onipotência pessoal, incluindo até os verdadeiros traumas (Winnicott, 1962b/1983, p. 154).

Cabe ressaltar que o mais importante para Winnicott é a maneira como a relação analítica se estabelece e se mantém, uma vez que se torna imprescindível que haja uma adaptação ativa do analista com o intuito de constituir uma base de confiança. Esse parece ser o aspecto fundamental da relação analítica, que, como podemos acompanhar, diz mais respeito à pessoa e ao comportamento do analista, e menos à sua expertise teórica. Nesse sentido, Winnicott afirma que

o que importa ao paciente não é a acuidade da interpretação, mas sim o desejo do analista de auxiliar, a capacidade do analista de se identificar com o paciente e assim acreditar no que é necessário e satisfazer as necessidades logo que estas sejam indicadas verbalmente ou em linguagem não verbal ou pré-verbal (Winnicott, 1958a/1983, p. 112).

Sobre esse tema, Phillips (1988) comenta que Winnicott modifica o sentido da interpretação ao pensá-la como uma extensão sofisticada do cuidado infantil e, em última instância, como uma forma de maternagem. Nesse sentido, as interpretações do analista podem ser pensadas como uma forma de *holding*, uma vez que a preocupação do analista se direciona para a criação de um ambiente seguro e confiável, no qual o paciente possa abandonar, momentaneamente, as organizações defensivas e experimentar um contato mais profundo e regredido com si próprio. Dessa forma, ele poderá experimentar um local seguro e confiável, sustentado por um analista que está empenhado em conhecer e em reconhecer as suas necessidades e os seus temores.

A interpretação como *holding* implica que o analista esteja atento a uma tarefa mais fundamental do que a de revelar o material inconsciente. Essa tarefa, que pode se realizar através de elementos verbais e não-verbais, consiste em revelar para o paciente que o analista está presente e que compreende a profunda ansiedade em que ele se encontra. Para Winnicott, “toda vez que compreendemos profundamente um paciente, e o mostramos por meio de uma interpretação correta e feita no momento certo, estamos de fato sustentando o paciente” (Winnicott, 1954b/2000, p. 354). Mas em certos estados de profunda regressão, o paciente experimenta qualquer palavra proferida como uma intrusão, exigindo do analista uma nova adaptação ao indicar-lhe que, nesse momento, é preciso que ele esteja ali com uma presença atenta e silenciosa. A atenção e a adaptação do analista visam, portanto, à manutenção de um ambiente que está sempre se ajustando para atender as necessidades primárias do paciente, impendido, assim, que este viva uma experiência disruptiva e traumática. O analista, portanto,

precisa saber tudo o que se refere a interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer este trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio simples ao ego, ou de *holding*. Esse *holding*, como tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre (Winnicott, 1963c/1983, p. 217).

Uma vez que estamos diante de pacientes severamente traumatizados, com elementos que apontam para uma tendência à desintegração, Winnicott nos alerta que a função primordial do analista se torna a de garantir um *holding*, uma sustentação com as características de um *holding* materno. Isso quer dizer que, muitas vezes, torna-se necessário que o analista exerça uma série funções e de ajustes, como, por exemplo: assegurar ao paciente que há um analista/ambiente presente, vivo e atento; em outras situações, o analista precisará ajudar o paciente com certas noções “básicas” como, por exemplo, a marcação do tempo e de espaço; às vezes será necessário que o analista mantenha uma presença silenciosa e não intrusiva; ou seja, o analista precisará manter-se atento às necessidades mais regredidas dos pacientes para que possa se adaptar e atendê-las de uma maneira suficientemente boa. Nesse sentido, o analista contribuirá para a criação de um

ambiente e de uma relação analítica pautados em uma confiabilidade, que, nesses casos, não está assegurada de antemão, devido às experiências traumáticas e às reações defensivas. Para Winnicott, a instauração de uma relação baseada na confiança é a base de sustentação para que o trabalho analítico possa se desenvolver, uma vez que “a psicanálise não se resume a interpretar o inconsciente reprimido; é, antes, o fornecimento de um contexto profissional para a confiança, no qual este trabalho pode ocorrer” (Winnicott, 1970c/1999, p. 108).

Para Winnicott, a criação e a manutenção de um ambiente analítico pautado na confiança proporciona as condições para que as regressões possam ser cada vez mais profundas, instaurando situações que remetem à dependência primária da relação mãe-bebê. Em sua compreensão, essas situações de regressão não devem ser compreendidas como uma dificuldade ao trabalho analítico ou como uma forma de resistência. Pelo contrário, as regressões representam “a esperança de que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos, com o ambiente desta vez tendo êxito ao invés de falhar na sua função de favorecer a tendência herdada do indivíduo de se desenvolver e amadurecer” (Winnicott, 1959/1983, p. 117). Vemos, portanto, que a confiança parece ser um dos elementos centrais para que haja o surgimento de uma esperança; a esperança de que existe um ambiente confiável, diante do qual não é preciso reagir defensivamente, e que oferece ao paciente a segurança necessária para correr os riscos inerentes à expressão do seu *self verdadeiro*.

Nessas situações de regressão à dependência, as falhas primárias da relação mãe-bebê, assim como a experiência de colapso, anterior às reações defensivas, serão revividas na relação analista-paciente. Essa experiência, enquanto agonia impensável, não pôde ser integrada, ou seja, não foi inscrita como uma experiência vivida pelo ego, o que inviabiliza a sua recordação como lembrança. Nesse sentido, Winnicott destaca que:

o paciente precisa ‘lembrar’ isto, mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse. A única maneira de ‘lembrar’, neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e do agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez. É este o equivalente do

lembrar, e tal desfecho constitui o equivalente do levantamento da repressão que ocorre na análise do paciente psiconeurótico (análise freudiana clássica) (Winnicott, 1974 [1963]/1994, p. 74).

Temos aqui um outro exemplo da especificidade desse sofrimento, uma vez que não se trata, como nos casos predominantemente de neurose, de conflitos que, ao se tornarem intoleráveis, foram recalcados e afastados da consciência. Ao contrário, tais conflitos se referem ao não experienciado, ao não vivido, à personalidade que não teve a possibilidade de ser integrada devido à ausência de um ambiente suficientemente bom. Para Winnicott, o “recordar” é, antes de tudo, nestes casos, reviver a iminência do colapso na atualidade da transferência, pois se trata de experiências que pertencem “a um estágio muito inicial, anterior à organização no ego daqueles processos intelectuais que podem abstrair experiências que foram catalogadas e apresentá-las para o uso em termos de lembrança consciente” (Winnicott, 1965b/1994, p. 98).

Na relação entre o paciente e o analista, por mais atento e adaptado que este seja, sempre ocorrerão falhas que poderão suscitar intensas reações no paciente. Essas reações não são interpretadas por Winnicott como formas de resistência, mas como uma repetição que deve ser compreendida como uma nova chance para que a experiência traumática possa ter um resultado distinto. Em outras palavras, o paciente, de certa maneira, usa as falhas do analista na tentativa de reviver e poder experimentar as falhas primitivas que não puderam ser integradas. Assim, certas falhas do analista não devem ser consideradas exclusivamente como “erros técnicos”, mas como indícios de que o paciente está revivendo, de maneira sobreposta, falhas mais precoces. Sobre esse processo regressivo, Winnicott comenta que “a chave para compreendê-lo é a de que a falha do analista está sendo usada e deve ser tratada como uma falha *antiga*, que o paciente pode agora perceber, abarcar, e zangar-se por isso” (Winnicott, 1956c/2000, p. 397, grifo do autor).

Nessas situações clínicas, o paciente em regressão, que está sob as condições específicas de dependência, começa a reunir, gradualmente, os elementos que compõem o fracasso original, o que lhe permite perceber que o fracasso se refere ao ambiente. Essa nova percepção permite que ele se torne capaz de sentir raiva, o que implica em uma grande conquista em termos de amadurecimento. Segundo Winnicott,

essas falhas produzem raiva, e isto tem valor, porque a raiva traz o passado para o presente. Por ocasião da falha inicial (ou relativa), a organização do ego do bebê não se achava suficientemente organizada para uma questão tão complexa quanto a raiva a respeito de um assunto específico (Winnicott, 1970a/1994, p. 199).

Assim, podendo experimentar sentimentos de raiva em relação às falhas do analista, “estabelece-se um novo sentimento de eu no paciente, e uma percepção de que o progresso agora significa um crescimento verdadeiro” (Winnicott, 1954a/2000, p. 387). Entretanto, esse progresso não depende apenas do paciente, pelo contrário, o analista é quem tem um papel fundamental. Nesse sentido, as experiências de raiva vividas pelo paciente só terão valor terapêutico se o analista sobreviver à raiva que lhe é dirigida e se responsabilizar por suas falhas, assim como a mãe deve sobreviver ao ódio do bebê.

Durante a análise de pacientes severamente traumatizados, podem ocorrer esses momentos marcados por intensos sentimentos de raiva em relação ao analista, e que, certamente, podem ser bastante difíceis de tolerar. Também podem ocorrer fenômenos transferenciais delirantes, nos quais o analista é alvo das mais diversas acusações. Isso exige, da parte do analista, um exame aprofundado dos aspectos contratransferenciais, uma vez que é preciso estar preparado para lidar com esse tipo de reação de modo a poder aceitá-la e compreender a sua função nessa dinâmica. Winnicott nos alerta que, nesses casos, certas interpretações podem ser sentidas pelos pacientes como se o analista estivesse se esforçando para negar a falha, inviabilizando, assim, que o paciente viva a necessária experiência de sentir uma raiva objetiva, direcionada ao analista/ambiente. Para Winnicott,

num caso como esse, qualquer tentativa por parte do analista de ser são ou lógico, destrói o único caminho que a paciente pode forjar de volta à loucura que necessita ser recuperada na experiência por não ser recuperada na lembrança. Desta maneira, o analista tem de ser capaz de tolerar sessões inteiras ou até mesmo períodos de análise em que a lógica não é aplicável em qualquer descrição da transferência (Winnicott, 1965b/1994, p. 99).

A partir dessas considerações, podemos destacar alguns elementos que compõem a especificidade do manejo na clínica com pacientes severamente traumatizados: a função de *holding* do analista, como sustentação ambiental com o intuito de suscitar a esperança no paciente e a confiança necessária para um movimento em direção às regressões aos estágios de dependência; a responsabilização do analista pelas falhas oriundas da relação analítica; e a sua sobrevivência às reações do paciente. Estes nos parecem ser elementos fundamentais para que o caminho no sentido do amadurecimento do paciente possa se restabelecer.

Na clínica com esses pacientes severamente traumatizados ou regredidos, Winnicott destaca que a possibilidade de instaurar regressões que alcancem os estágios de dependência característicos da relação primordial mãe-bebê é “condição *sine qua non* para a instauração de um processo psicanalítico” (Kupermann, 2008, p. 96). Contudo, essas regressões apenas serão terapêuticas se a relação analítica for permeada pelo que Winnicott nomeia como confiabilidade, ou seja, uma particular relação que remete à *confiabilidade* no ambiente primário. O analista confiável é aquele que consegue oferecer um ambiente de *holding*, sendo capaz, portanto, de sustentar o paciente, de sobreviver aos seus ataques e de se adaptar às suas necessidades, por mais regredidas que sejam. Nesse ponto, torna-se importante ressaltar que Winnicott pensa as necessidades do paciente que se encontra em estado de regressão como experiências relacionadas ao estágio de *dependência absoluta*. Assim, elas devem ser entendidas como necessidades psíquicas primárias do paciente/bebê e não como desejos sexuais que são posteriores, genealogicamente (Winnicott, 1954a/2000).

Como vimos, a *confiabilidade* e a *regressão* são elementos centrais na clínica com esses pacientes graves, exigindo do analista um cuidado especial, “porque a regressão à dependência vai reeditar justamente o fracasso do *holding* e da confiabilidade do ambiente precoce” (Lejarraga, 2008, p. 133). Em outras palavras, o cuidado está referido ao manejo da regressão, que tem como objetivo terapêutico a instauração de “uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra, esse mesmo desenvolvimento que havia sido inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente” (Winnicott, 1954a/2000, p. 378).

Após termos apresentado as propostas de Winnicott sobre o manejo e a condução do tratamento para pacientes cujas experiências traumáticas remetem a momentos iniciais dos processos de amadurecimento emocional, iremos, no próximo capítulo, propor algumas articulações entre as suas concepções e as contribuições teórico-clínicas de Ferenczi e Balint. Dessa maneira, buscaremos, a partir desses autores, algumas coordenadas para pensarmos uma clínica do trauma.

5. Elementos para uma clínica do trauma: coordenadas teóricas e clínicas

Após termos exposto as reformulações teóricas e técnicas propostas por Ferenczi, Balint e Winnicott, podemos destacar que esses autores buscaram, cada um à sua maneira, ampliar o raio de ação da psicanálise para aqueles pacientes que eram considerados “difíceis” ou inalisáveis pela técnica psicanalítica vigente. Podemos notar que, ao repensarem a teoria sobre a técnica psicanalítica e sobre os fenômenos regressivos em análise, esses autores se depararam com impasses teóricos que lhes exigiram repensar a teoria sobre os primórdios da constituição subjetiva, tanto em seus aspectos estruturantes ou integrativos, como em sua dimensão traumática patológica. Nos trabalhos dos três autores, o ambiente e a qualidade da relação mãe-bebê passam a ser vistos como elementos determinantes para o desenvolvimento psíquico e emocional. Há, portanto, uma mudança de perspectiva, na qual a mãe/ambiente, em suas qualidades e funções, assim como a posição do analista e sua técnica, passam a ocupar o lugar de centralidade, que em outros autores, como, por exemplo, Freud e Melanie Klein, para citar apenas dois grandes psicanalistas que lhes eram contemporâneos, era ocupado pelo conceito de pulsão e pela dimensão intrapsíquica do paciente.

O desenvolvimento de uma teoria que contemple as qualidades e as funções do objeto/ambiente, em sua dimensão relacional, é um ponto em comum nos trabalhos de Ferenczi, Balint e Winnicott. Sobre esse aspecto em comum, podemos encontrar, nos trabalhos dos três psicanalistas uma vasta bibliografia sobre os primórdios da constituição subjetiva, sobre o trauma e sobre reações defensivas às experiências traumáticas. As revisões e as propostas conceituais apresentadas por eles, produziram mudanças na compreensão teórica sobre a técnica psicanalítica, principalmente, no que diz respeito ao manejo das regressões no *setting*, ao uso das interpretações e ao lugar do analista. Decerto, há diferenças teóricas a serem consideradas, mas existem pontos de convergência e articulações que podem nos oferecer importantes coordenadas para pensarmos em uma clínica do trauma ou uma técnica voltada para a especificidade do atendimento de pacientes severamente traumatizados.

5.1 Adaptação ativa e reações às falhas: qualidades e funções do ambiente

Em Ferenczi, podemos encontrar diversas referências sobre a qualidade do ambiente tanto para a constituição subjetiva, como para a experiência traumática. Como vimos no primeiro capítulo, a ênfase que ele confere ao objeto/ambiente, ao “fator exógeno”, em sua concepção sobre o trauma foi um importante ponto de discordância com Freud, principalmente, com a apresentação do trabalho “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933), no congresso de Wiesbaden, em 1932. Estamos de acordo com alguns comentadores de Ferenczi, como Franco Borgogno (1999), que sustenta que podemos encontrar, já em seus trabalhos iniciais, como “Transferência e introjeção” (1909) e “Desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios” (1913), referências à importância do ambiente em sua relação com o indivíduo. Essas referências vão se tornando cada vez mais explícitas, certamente, a partir da década de 1920.

O primeiro trabalho no qual Ferenczi aborda, de maneira explícita, a importância do ambiente circundante para a constituição psíquica do indivíduo que acabou de nascer foi “Adaptação da família à criança” (1927), uma exposição realizada na Sociedade Britânica de Psicologia em 1927. Nesse trabalho, Ferenczi retoma a discussão vigente naquele período sobre o nascimento, suscitada pela publicação do livro de Otto Rank, *O trauma do nascimento*, em 1924, para apresentar a ideia de *adaptação*. Cabe lembrarmos que Freud já havia criticado o trabalho de Rank em “Inibição, sintoma e angústia” (1926).

Sobre a crítica de Freud à publicação de Rank, Kupermann (2019a) explica que esta se direciona tanto à metapsicologia - fundamentada na ideia de que o nascimento, a primeira separação mãe-bebê, é a experiência traumática fundamental - quanto ao modelo clínico, sustentado pela ideia de que a liquidação da transferência, bem como a concomitante separação entre analista e paciente, poderia promover um “segundo nascimento”. Este, por sua vez, não seria traumático, pois corretamente manejado pelo analista na transferência. Freud argumenta que o nascimento não pode ser pensado como traumático, pois o recém-nascido não tem condições de reconhecer a mãe como objeto, logo, o bebê não

poderia vivenciar o nascimento como um trauma de separação. Para Freud, a única angústia que é vivida ao nascer remete ao estado de desamparo em que o bebê se encontra, uma vez que, devido à prematuridade biológica, ele depende dos cuidados maternos e do seu entorno para sobreviver. Essa situação de desamparo é concebida por Freud como o protótipo que irá se repetir enquanto angústia, toda vez que a criança se sentir ameaçada por um possível abandono ou perda do amor da mãe ou de um cuidador. Em relação ao modelo clínico de Rank, Freud argumenta que as experiências traumáticas são, antes de tudo, constitutivas do aparelho psíquico. Para ilustrar a sua crítica, Freud se utiliza da seguinte analogia: não se apaga o incêndio de uma casa retirando o lampião de querosene que a causou. De acordo com Kupermann (2019a), o lampião freudiano representa a pulsão (de morte, principalmente), que exige constantemente do aparelho psíquico um dispendioso trabalho de ligação. Nesse sentido, Freud se distancia do modelo clínico proposto por Rank, pautado pela ênfase nas regressões em análise, que buscariam uma nova solução da experiência traumática; e “reafirma a primazia do seu modelo intrapsíquico ancorado no paradigma pulsional e no irremediável conflito entre as instâncias que caracteriza o campo das neuroses” (Kupermann, 2019a, p. 54).

Ferenczi retoma essa discussão e apresenta uma crítica a Rank, mas de uma maneira distinta da argumentação de Freud. Em um primeiro momento, Ferenczi é categórico ao afirmar que “o nascimento é um verdadeiro *triunfo*, exemplar para toda a vida” (Ferenczi, 1927/2011, p. 5, grifo do autor). E explica que acha duvidoso que o transtorno causado pelo nascimento, uma vez que é aplacado tão rapidamente pelo conforto e acolhimento oferecido ao bebê, possa ter o valor de trauma.

Em seguida, Ferenczi apresenta a hipótese que irá percorrer todo o trabalho, a de que os traumas devem ser pensados a partir da relação entre os adultos e as crianças/bebês. Segundo Ferenczi, “os traumatismos reais têm efeitos mais difíceis de eliminar: não são de ordem fisiológica, mas dizem respeito ao ingresso da criança na sociedade de seus semelhantes e, quanto a isso, o instinto dos pais parece com muita frequência falhar” (Ferenczi, 1927/2011, p. 5). Nesse trecho, o “instinto dos pais”, que muitas vezes falha, é pensado por Ferenczi a partir da ideia de *adaptação*. O que é potencialmente traumático é a falha na adaptação dos pais ou da família à criança, muitas vezes, devido ao esquecimento de sua própria infância. Assim, o que é traumático para Ferenczi não é o estado de desamparo em si mesmo, mas a

qualidade da relação entre os adultos e as crianças, pensada em termos de adaptação às necessidades psíquicas, emocionais e biológicas. Essa ideia fica clara no exemplo que Ferenczi oferece sobre o desmame: “o desmame malfeito pode influenciar desfavoravelmente a relação da criança com os objetos, e a sua maneira de obter prazer deles, o que pode assim tornar muito sombria uma grande parte de sua vida” (Ferenczi, 1927/2011, p. 5).

No mesmo parágrafo, poucas linhas adiante, Ferenczi se utiliza de duas analogias para exemplificar os efeitos traumáticos no desenvolvimento decorrentes da intrusão de um elemento externo:

Num dos estágios precoces do desenvolvimento embrionário, uma simples picada de alfinete, um leve ferimento, pode impedir a formação de toda uma parte do corpo. Um outro exemplo: num quarto onde existe uma única vela, a mão colocada perto da fonte luminosa pode obscurecer a metade do quarto. O mesmo ocorre com a criança se, no começo de sua vida, lhe for infligido um dano, ainda que mínimo: isso pode projetar uma sombra sobre toda a sua vida” (Ferenczi, 1927/2011, p. 5-6).

Na segunda analogia, podemos observar certa semelhança com a imagem da lamparina descrita por Freud. No entanto, o enfoque de Ferenczi não é na lamparina ou na vela, mas na “mão colocada perto da fonte luminosa”, esse elemento externo, que devido a sua interferência pode “obscurecer a metade do quarto”, ou seja, lançar uma sombra que irá afetar toda a vida da pessoa.

Essa perspectiva relacional, enquanto modelo teórico proposto por Ferenczi, será utilizada para pensar a pulsão morte, conforme vimos no primeiro capítulo, onde discutimos o artigo “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929). Retomando brevemente a sua hipótese, Ferenczi explicita que quando o bebê nasce, a força vital ainda é muito fraca e cabe ao ambiente se adaptar às necessidades do bebê, por meio de um “prodigioso dispêndio de amor, de ternura e cuidados [...] por meio de um tratamento e de uma educação conduzidas com tato” (Ferenczi, 1929/2011, p. 58-59). Apenas dessa maneira é possível imunizar as tendências a autodestruição impulsionadas pela pulsão de morte. Nesse artigo, podemos observar que Ferenczi destaca a importância da qualidade do ambiente desde o

início da vida, inclusive em um momento em que os impulsos vitais ainda não têm força, pois o bebê, “ao contrário do adulto, ainda se encontra muito mais perto do não ser individual, do qual não foi afastado pela experiência da vida” (Ferenczi, 1929/2011, p. 58). Essa referência é importante, pois, se tomarmos apenas o modelo do trauma apresentado em “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933), podemos supor que Ferenczi pensa a experiência traumática apenas quando infligida a uma criança, que já possui um ego minimamente constituído.

Podemos encontrar em seu *Diário Clínico*, em uma nota de 16 de junho 1932, um trecho bastante profícuo sobre a função do ambiente para a constituição subjetiva:

Expresso em termos de física ou de geometria, poder-se-ia afirmar, a partir de experiências análogas, que o narcisismo indispensável como base da personalidade, isto é, o reconhecimento e a afirmação do próprio ego como entidade realmente existente, preciosa, de dimensão, forma e sentido determinados, só pode ser adquirido se o interesse positivo do mundo circundante – digamos, sua libido – caucionar de algum modo, mediante uma pressão externa, a consistência dessa forma de personalidade. Sem tal pressão de volta, digamos, de amor em retorno, o indivíduo tende a explodir, a dissolver-se no universo, talvez a morrer (Ferenczi, 1932/1990, p. 169).

Nesse trecho de seu *Diário*, podemos constatar o desenvolvimento do pensamento de Ferenczi tanto sobre a constituição do ego, em termos de narcisismo e da manutenção da coesão psíquica, como também a sua compreensão sobre o trauma em uma perspectiva relacional. Acompanhando as ideias contidas nesse trecho, vemos que Ferenczi propõe que a constituição do ego, o narcisismo, e a manutenção de uma integração egóica dependem de um investimento externo, “libido” ou “amor de retorno”, advindo do mundo circundante.

Essas ideias, contidas em seu *Diário Clínico*, podem ser encontradas em “*Thalassa*”, na proposição de Ferenczi sobre o “amor de objeto passivo”, ou seja, de um estado originário no qual o bebê tem a expectativa de ser amado, investido libidinalmente – ideia que foi retomada e aprofundada por Balint em sua proposição

do *amor primário*¹⁶. Desse trecho, podemos também encontrar certa aproximação com as noções de Winnicott sobre a *preocupação materna primária* e a *função de holding materno*, no sentido de uma adaptação ativa da mãe às necessidades do bebê, e da sustentação dos processos de integração do ego. Por outro lado, quando a mãe/ambiente, o “mundo circundante”, não consegue exercer a função de caucionar a consistência dessa forma de personalidade, “o indivíduo tende a explodir, a dissolver-se no universo, talvez a morrer”. Essa passagem do final da anotação de Ferenczi, nos remete à desintegração e às fragmentações descritas por Winnicott enquanto efeito das reações do bebê às falhas ambientais nos estágios iniciais de dependência.

Apesar dessas concepções teóricas serem próximas e passíveis de profícuas articulações, cabe destacarmos algumas diferenças conceituais. Em Ferenczi, temos um bebê ou uma criança pequena (ego precoce) que recorre a todos os artifícios possíveis para lidar com um ambiente que não pôde se adaptar às suas necessidades primárias de amor, acolhimento e ternura. Esses artifícios são pensados como mecanismos de defesas primitivos – clivagens no ego – que irão variar de intensidade a partir da presença ou da ausência de um ambiente acolhedor/adaptativo. Nessa concepção, o fator traumático por excelência diz respeito ao ambiente, ou seja, à maneira pela qual a criança é acolhida: se ela tem os seus pedidos repelidos ou entendidos como tolice, como acontece no *desmentido*, ou se é compreendida e acolhida com *sinceridade* (Ferenczi, 1933/2011j).

Em Balint, o bebê, ao nascer, se encontra em um estado de harmonia e mistura com o ambiente que o circunda. Esse estado inicial do *amor primário*, ao longo do desenvolvimento, sofre uma série de perturbações, na medida em que o bebê entra em contato e interage com a realidade externa. Quando essas perturbações, advindas dos contatos com os contornos bem delimitados dos objetos, não são amortecidas e acolhidas pelo ambiente, o bebê experimenta intensas sensações de intrusão e de desintegração, como se o mundo inteiro, incluindo a

¹⁶ Balint não utiliza o termo “passivo”, conforme descrito por Ferenczi, pois compreende que, na fase do *amor primário*, já existem tendências ativas no bebê para o encontro com os pré-objetos ou substâncias. Nesse sentido, a forma de amor mais arcaica, que anteriormente era considerada como amor de objeto passivo, passa a ser descrita como amor objetal primário. Remetemos o leitor ao artigo de Alice Balint, “Love for the mother and mother love”, de 1939, incluído no livro *Primary love and psycho-analytic technique*.

incipiente organização egóica, tivessem sido rompidos ou invadidos. Segundo Balint, as experiências traumáticas estão referidas à passagem do estado de harmonia originária, do *amor primário*, para a constituição mais definitiva dos objetos. As marcas dessa passagem constituem o que Balint definiu como *falha básica*, que irá variar de extensão e de profundidade a partir da qualidade do atendimento das necessidades e cuidados dos primeiros anos do bebê. As modalidades de relação objetal que decorrem daí, a onofilia e o filobatismo, emergem como reações defensivas à experiência traumática, que, nos casos mais graves, comprometem o estabelecimento de vínculos autênticos na vida do indivíduo, sejam eles consigo mesmo ou com os objetos/alteridade.

Em Winnicott, encontramos uma teoria sobre os primórdios da constituição subjetiva bastante ampla e detalhada, na qual são descritos complexos processos e funções a serem realizados tanto pelo bebê quanto pela mãe/ambiente. Winnicott retoma a tese ferenciana sobre a importância da adaptação ativa do ambiente para a constituição subjetiva, e faz dela a pedra angular de sua concepção do desenvolvimento emocional primitivo (Kupermann, 2008). À sua maneira, Winnicott utiliza o termo *dependência* para designar o estado no qual se darão os processos pertencentes ao desenvolvimento emocional em seus primórdios. De modo geral, o autor sustenta que o bebê, ao nascer, encontra-se em estado de dependência absoluta, o que exige um alto grau de adaptação do ambiente às suas necessidades. A mãe/ambiente, em estado de *preocupação materna primária*, deve proporcionar ao recém-nascido um ambiente suficientemente bom, ou seja, favorável à evolução do ego e aos processos de maturação, onde não aconteçam experiências invasivas que suscitem reações à intrusão. Constitui-se, nesse estágio, uma unidade dual entre a mãe e o bebê, na qual são assegurados os processos de integração e a manutenção da ilusão de onipotência.

A sucessão de falhas no atendimento das necessidades dos estágios iniciais de dependência, sobretudo em sua função de *holding*, pode ocasionar intensos desconfortos e agonias impensáveis. Diante dessa situação, resta ao bebê se adaptar ao ambiente e reagir à intrusão resultante do fracasso ambiental. A necessidade de reagir à falha provoca uma ruptura em sua *continuidade de ser*, assim como uma perda da espontaneidade em seu gesto criativo. As cisões, enquanto mecanismos de defesas primitivos, buscam proteger o *self* das *agonias impensáveis* suscitadas pelas

falhas de adaptação, mas acabam por incidir diretamente nos processos de integração do ego e comprometem a aquisição do sentimento de si-mesmo. Em certos casos, devido à ação sucessiva de cisões nos processos iniciais de maturação, o indivíduo pode permanecer, ao longo da vida, como se estivesse sob a constante ameaça de desintegração, com sensações de que a vida não tem sentido, e também sensações de irrealidade e futilidade.

Não há, em Ferenczi, uma teoria bem delimitada sobre os primórdios da constituição subjetiva, tal como podemos encontrar em Balint e Winnicott, como também não há uma crítica ou outra proposta para a definição de narcisismo primário. Ferenczi trabalha com o arcabouço teórico freudiano, mas opera alguns deslocamentos, como, por exemplo, na ideia de um estado inicial definido como “amor de objeto passivo” e no estudo que faz sobre a influência do ambiente na constituição egóica. Se, em Freud, encontramos uma teoria sobre o narcisismo, primário, inclusive, e sobre o bebê como “Sua Majestade”, em Ferenczi, encontramos as primeiras propostas teóricas sobre o bebê que não foi acolhido ou desejado, e que, portanto, não pôde ser tornar majestade. Na esteira da investigação ferencziana, Balint e Winnicott desenvolveram modos distintos de pensar os primórdios da constituição e as falhas que podem acontecer nesses estágios. Decerto, há algumas diferenças conceituais entre as suas teorias, como, por exemplo, a ideia de *unidade-dual* em Winnicott, que pode lançar uma dúvida sobre se o bebê possui ou não algum tipo de experiência relacional, uma vez que se encontra em estado fusional com a mãe. Balint, por outro lado, é enfático ao afirmar que o bebê, desde o início, se relaciona com um ambiente constituído por pré-objetos ou substâncias.

Apesar dessas diferenças conceituais, gostaríamos de destacar que, para os três autores, o ambiente no qual nasce o bebê deve se adaptar ativamente às suas necessidades primárias para que alguma saúde emocional seja possível. Do contrário, há um excesso que invade o bebê, e que é vivido de maneira intrusiva e desintegrada. Esse excesso deflagra uma série de reações defensivas, que, ao longo do processo de desenvolvimento, podem se cristalizar e se tornar uma fonte de sofrimento para certos pacientes. Outra ideia comum aos três autores é a de que a adaptação forçada ao ambiente – *adaptação reativa* – e as cisões/clivagens

constituem modos defensivos específicos para lidar com o excesso produzido pela experiência traumática.

Retomando a noção de “identificação com o agressor”, Ferenczi apresenta a situação na qual a criança, diante das angústias produzidas pela experiência traumática e intensificadas pelo desmentido, busca negar mimeticamente a angústia em curso introjetando o agressor. Diante da dor insuportável e da confusão psíquica produzida, a criança não tem outra alternativa a não ser “se submeter à vontade do agressor, a adivinhar o menor dos seus desejos, a obedecer, esquecendo-se completamente de si, e a se identificar totalmente com o agressor” (Ferenczi, 1933/2011, p. 102). Além da identificação com o agressor, o ego da criança, por não conseguir se defender de maneira aloplástica (modificando a excitação proveniente do ambiente), é obrigado a reagir de forma autoplástica (modificando-se a si mesmo), através de decomposições, fragmentações e pulverizações. A autoclivagem narcísica busca, portanto, apagar definitivamente o acontecido e restaurar a tranquilidade anterior ao trauma, mantendo afastada e cindida da consciência as partes insuportáveis da experiência traumática. Além de cindir o ego, a clivagem pode colocar em marcha um processo de progressão traumática, na qual certas faculdades, ainda potenciais na criança, tenderiam a se desenvolver abruptamente diante da pressão da urgência traumática, tal como a “maturidade apressada de um fruto bichado” (Ferenczi, 1933/2011, p. 119). A clivagem enquanto mecanismo de defesa opera uma ruptura que resulta na destruição brutal de uma parte do ego, deixando subsistir uma “outra que, de certo modo, sabe tudo, mas nada sente” (Ferenczi, 1931/2011, p. 88).

Para Ferenczi a dor vivida na experiência traumática é “uma dor sem conteúdo de representação, é inatingível pela consciência” (Ferenczi, 1932/1990, p. 64). Logo, uma dor que não pode se inscrever no inconsciente enquanto traço mnêmico recalcado. Como diz Ferenczi: “[uma das consequências da comoção é] que nenhum traço mnêmico subsistirá dessas impressões, mesmo no inconsciente, de sorte que as origens da comoção são inacessíveis pela memória” (Ferenczi, 1932/1990, p. 113). Os efeitos da clivagem e da identificação com o agressor produzem uma perda do próprio sentimento de si, da confiança nos próprios sentidos e da espontaneidade infantil. Por outro lado, outra parte do ego tende a amadurecer rapidamente, poderíamos dizer, artificialmente, adaptando-se a forma

exigida pelo exterior como um “saco de farinha”. Conforme Ferenczi escreve em seu *Diário*, “em lugar de me afirmar, é o mundo exterior (uma vontade estranha) que se afirma às minhas custas” (Ferenczi, 1932/1990, p. 150).

Essa ideia de uma adaptação reativa, que parte do bebê ao ambiente, e que se estabelece por um viés unilateral e submisso, também pode ser encontrada em Winnicott em sua concepção de *falso self*. Como vimos, o *falso self* patológico tem como função ocultar e proteger o *verdadeiro self* das agonias impensáveis advindas das falhas da mãe/ambiente nos estágios iniciais de dependência. A cisão faz com que uma parte do *self* se desenvolva artificialmente, submetendo-se e adaptando-se às exigências da realidade em detrimento da espontaneidade própria ao *verdadeiro self*. Em certos casos mais graves, os impulsos pessoais e a espontaneidade ficam tão confinados e inacessíveis pela cisão, que o indivíduo perde contato com estes, resultando em uma sensação de vazio e irrealidade.

Figueiredo (2002) e Haynal (2002) sublinham que os trabalhos de Winnicott acerca dos efeitos patológicos do trauma, além de clarificarem o conceito de clivagem, se encontram em uma linha de continuidade com os últimos escritos de Ferenczi. Assim, aproximando os conceitos winnicottianos de *verdadeiro self* e *falso self* do termo ferencziano de progressão traumática, Figueiredo (2002) explicita que após um choque traumático:

uma parte traumatizada fica em estado de assédio, silenciosa e encolhida (um *verdadeiro self* protegido e engaiolado, mas também amortecido e mortificado). De outro, a parte eficaz e operativa (o *falso self*), às vezes muito diligente e esperto, na verdade funciona, em casos extremos, quase como um autômato, como um inorgânico em atividade, como um orgânico mineralizado (Figueiredo, 2002, p. 12, grifos do autor).

Esta operação que institui um *falso self*, precioso e sábio, que envelopa e protege o *verdadeiro self*, segundo Haynal (2002), aprofunda a tese ferencziana acerca dos efeitos psíquicos decorrentes da adaptação exigida à criança por um ambiente não empático, conforme indica a sua metáfora do “bebê sábio” (Ferenczi, 1933/2011). Ferenczi utiliza essa metáfora para ilustrar os efeitos do abrupto amadurecimento subjetivo do infante frente a um ambiente não acolhedor e hostil.

O choque traumático produzido nessa situação faz com que o infante, por meio de clivagens, renuncie uma parte de seu ego e de seus afetos em um esforço de desempenhar o papel de mãe ou pai, para si mesmo e para os que estão a sua volta, ou seja, de cuidador de si e dos adultos.

Outro aspecto em que encontramos certa proximidade conceitual diz respeito à maneira como ambos pensam a intensidade que é vivida na experiência traumática. Ferenczi se utiliza de palavras como dor, uma dor sem representação, que alude à ideia de morte psíquica. Winnicott se utiliza do termo *agonias impensáveis*, por se tratar de intensidades distintas das angústias ou ansiedades (*anxiety*), uma vez que não podem ser representadas e que estão referidas ao aniquilamento do *ser*. Essas ideias abrem a possibilidade para pensarmos em dimensões psíquicas que se encontram clivadas, fora do campo da representação inconsciente, e que, quando se expressam, retornam para o indivíduo de uma forma não integrada, como, por exemplo, uma “vontade estranha” ou como “símbolos mnêmicos corporais”. O conteúdo clivado, nos termos de Ferenczi, ou dissociado, nos termos de Winnicott, preserva-se no psiquismo enquanto elementos sensório-perceptivos sem representação. Nesse sentido, por ser inacessível enquanto lembrança, ele “incita apenas a repetições” (Ferenczi, 1932/1990, p. 259).

O acesso ao conteúdo que se encontra clivado ou dissociado se torna possível apenas pelo viés da repetição, mais precisamente, pela repetição da experiência traumática na relação transferencial. Assim, faz-se necessário pensar em uma técnica que possa manejar esses fenômenos, integrando-os à concepção de análise ou de processo analítico. A questão técnica que se coloca nesse momento é a de como “*transformar elementos repetidos em lembrança atual*” (Ferenczi, 1924a/2011, p. 246, grifo do autor).

Ferenczi explora a temática das repetições em análise, ainda no período da técnica ativa, principalmente, no livro sobre as “*Perspectivas da Psicanálise*” (1924a), publicado junto com Otto Rank, em 1924. Nesse trabalho, ambos propõem uma revisão da técnica psicanalítica e criticam a ênfase dada à rememoração (*Erinnern*) como principal objetivo do trabalho analítico, enquanto a repetição (*Wiederholen*) é considerada um sintoma de resistência a ser evitado. Como vimos, no primeiro capítulo, a discussão sobre as repetições em análise e o seu manejo

clínico marca uma primeira diferença entre as propostas terapêuticas de Ferenczi e Freud. De acordo com Avello (1998), Freud sempre se mostrou bastante cauteloso em relação à possibilidade de lidar com fenômenos regressivos por meio de outros recursos além da interpretação. Além disso, considerava as repetições, manifestadas como atuações na análise (*acting outs*), como “fracassos lastimáveis” (Freud, 1965, p. 345 apud Haynal, 1995, p. 27).

As investigações de Ferenczi, a partir da utilização da técnica ativa, permitiram que ele tivesse acesso a conteúdos que se encontravam fora do alcance associativo do paciente, ou seja, “cortadas de cadeias associativas verbais, clivadas, como se os analisantes não vissem a si mesmos e não conseguissem ver o que endereçam para o olhar do outro” (Roussillon, 1998, p. 102). Contudo, Ferenczi constata que a reprodução da experiência traumática era exageradamente fiel, uma vez que os pacientes acabavam se adaptando e se submetendo aos sacrifícios – as injunções e proibições - impostos pela técnica ativa. Nesse momento, a questão que se coloca para Ferenczi é a de conceber uma prática clínica que não fosse uma simples repetição fiel da cena do trauma, imputando, portanto, à técnica e ao enquadre a responsabilidade pelos impasses clínicos.

Como veremos adiante, as regressões em análise e as repetições ainda serão exploradas em uma perspectiva terapêutica. Porém, o elemento decisivo que deflagrará um novo destino à repetição caberá então à posição do analista e ao manejo clínico. Nessa perspectiva, as respostas do analista, verbais e não-verbais, assim como os seus afetos, passam a ser objeto de investigação, pois serão compreendidos como elementos que influenciam o processo analítico, sobretudo, em situações onde o paciente se encontra em profunda regressão. Ferenczi propõe, portanto, uma mudança de compreensão sobre a situação analítica, a qual passa de uma abordagem predominantemente intrapsíquica da transferência - que priorizava aquilo que se passava com o paciente - para uma concepção intersubjetiva dos fenômenos que surgem no *setting*. Balint e Winnicott compartilham desta mesma compreensão sobre a situação analítica, e irão desenvolver interessantes ideias sobre o manejo clínico das regressões em análise.

5.2 – O manejo das regressões em análise e as funções do analista

Para Ferenczi, as noções de submissão e de desmentido passam a ser pensadas como elementos que podem estar se reproduzindo no *setting*, na relação entre o analista e o paciente, como se este se adaptasse ou se submetesse ao analista, tal como no paradigma da identificação ansiosa ao agressor. Para evitar que o trauma vivido pelos pacientes se reproduzisse na relação analítica, Ferenczi busca outras coordenadas para pensar a técnica e o *setting*, repensando, principalmente, a atitude do analista.

Para Ferenczi, a atitude do analista deve ser *amistosamente benevolente*, sempre lembrando que não se deve tratar o paciente com uma *severidade* ou *amor fingidos*, pois assim não se estaria respeitando a principal regra da psicanálise, que, do seu ponto de vista, é a *sinceridade* (Ferenczi, 1930/2011). Em “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933) ele aborda a hipocrisia profissional como um problema técnico que diz respeito ao que se passa com o analista, à sua contratransferência. Os analistas tentam manter uma atitude polidamente amistosa e acolhedora, quando, na realidade, certos traços externos ou internos do paciente são dificilmente suportáveis. Essa hipocrisia, como sublinha o analista húngaro, é sentida pelos pacientes, tornando a situação analítica uma repetição fiel do trauma vivido na infância. Nesse ponto, devemos levar em consideração que Ferenczi está partindo da sua concepção sobre o trauma, onde o *desmentido* é o elemento que torna o trauma patogênico. O analista hipócrita é aquele que ocupa o lugar do adulto que traumatiza, ou seja, que mantém uma postura que desautoriza/desmente aquilo que, em algum nível, é perceptível para o paciente.

Além da *sinceridade*, vimos que Ferenczi, diante de certos pacientes regredidos, destaca a necessidade de se reduzir as exigências técnicas mais restritivas, o que implica em gratificar certas demandas dos pacientes. Aqui é importante destacarmos que o autor faz ressalvas e traça certos limites ao atendimento de tais demandas. O que Ferenczi observa é que o atendimento de certas demandas, notadamente aquelas que remetem à necessidade de ternura da parte clivada e infantil da personalidade, não conduz necessariamente a uma maior voracidade no que se refere a satisfações sexuais, mas tende a evoluir para o

fortalecimento da transferência positiva e para a criação de uma atmosfera de confiança.

Balint, desde seus primeiros trabalhos, retoma a trilha aberta por Ferenczi, e avança na investigação clínica do fenômeno da regressão quando propõe uma importante distinção conceitual entre dois tipos de regressão que podem surgir em um processo de análise: a regressão maligna e a regressão benigna. A primeira tem como característica a insaciabilidade e a voracidade com fins de gratificar os impulsos pulsionais. A segunda, a regressão benigna, é marcada por uma necessidade de reconhecimento, e nunca apresenta as qualidades de desespero e paixão que caracterizam a forma maligna de regressão. Balint explicita que o analista deve, portanto, observar atentamente qual a forma assumida pela regressão na relação transferencial, para que possa avaliar se as demandas do paciente devem ou não ser atendidas.

Assim como Ferenczi, Balint destaca que a análise deve ser pautada em uma relação de confiança e dentro de uma atmosfera sincera e inofensiva, que se assemelha ao ambiente ainda não diferenciado, harmonioso e de misturas interpenetrantes, característico do *amor primário*. Será apenas nesse tipo de qualidade no *setting* que as regressões benignas e as experiências de novo começo poderão ocorrer. Segundo ele, os rumos tomados pelas regressões no percurso transferencial não dependem apenas do paciente, mas também da maneira pela qual o analista, na posição de objeto, responde a cada momento da experiência transferencial. Nesse sentido, Balint destaca que “quanto mais sugestivas de onisciência e onipotência forem a técnica e a conduta do analista, maior será o perigo de uma forma maligna de regressão” (Balint, 1968/2014, p. 172). Por outro lado, para que a regressão benigna possa ocorrer, é necessário que o analista reconheça e aceite o fenômeno regressivo, respondendo, portanto, de uma maneira adaptada às necessidades e às capacidades de compreensão do paciente.

Em Winnicott, o fenômeno da regressão também será visto como uma possível condição do trabalho analítico, sobretudo, para os pacientes severamente traumatizados. Winnicott se aproxima bastante da concepção ferencziana, quando afirma que, devido à impossibilidade de recordar a experiência traumática, esta só se tornará passível de elaboração através de sua repetição, ou seja, revivendo as

experiências traumáticas na relação transferencial. Nos termos de Winnicott, as regressões em análise trarão à tona as falhas ambientais vividas pelo paciente nos momentos iniciais dos estágios de dependência. Nessas situações clínicas, é importante que o analista possa reconhecer que certas demandas dos pacientes dizem respeito às necessidades psíquicas e emocionais que não foram atendidas pela falta de adaptação da mãe/ambiente. Segundo Winnicott, o analista tem um papel fundamental para que o movimento regressivo possa ser vivido em uma dimensão terapêutica, oferecendo assim uma nova chance ao paciente de retomar o seu processo de amadurecimento. Na concepção winnicottiana, o analista exerce uma função de *holding* analítico, que, além de garantir um ambiente estável e confiável para a instauração dos processos regressivos, acompanha e sustenta o paciente em estado de regressão. Nesse sentido, a regressão terapêutica resulta da confiabilidade do contexto analítico. Ainda que o uso das interpretações não deixe de fazer parte da condução da análise, a ênfase será colocada no cuidado ambiental, ou seja, no manejo proporcionado pelo analista pautado na sua compreensão da maternagem (Winnicott, 1954a/2000).

A partir dessa exposição, podemos observar certas características relativas à posição do analista e ao *setting* na condução de uma análise com pacientes regredidos. De certa maneira, os três autores pensam que a posição do analista estaria referida ao ambiente pré-traumático, estabelecendo um contraste com o ambiente não adaptado diante do qual reações defensivas se tornaram necessárias. Ferenczi, por exemplo, destaca a necessidade do analista ser compreensivo, sincero e tolerante, assim como elástico e acolhedor, mesmo quando está diante de manifestações agressivas dos pacientes, tal como o boneco “joão-bobo”. Essa postura, associada ao tato analítico - a capacidade de “sentir com” - visa à construção de uma atmosfera de confiança, na qual o paciente poderá vivenciar o contraste com a situação traumática.

Balint pensa a posição do analista a partir de sua definição de substância, ou seja, o analista deve evitar entrar em atrito com os pacientes, podendo misturar-se com eles, tolerando e acolhendo as suas manifestações regredidas. A presença afetiva e a empatia do analista tornam-se importantes ferramentas clínicas, uma vez que orientam o analista na tarefa de se adaptar ao paciente e garantir um ambiente confiável, que não será experimentado pelo paciente de forma ameaçadora ou

intrusiva. Balint também destaca o aspecto de quase indestrutibilidade que precisa ser oferecido ao paciente, principalmente em situações nas quais o analista será alvo de intensas manifestações afetivas, como as identificações projetivas e longos períodos de silêncio e distanciamento emocional.

Winnicott reflete sobre a posição do analista pautado em sua concepção de *mãe suficientemente boa*, principalmente, em sua função de *holding*. Nesse sentido, o analista/ambiente busca estar adaptado às necessidades mais primárias dos pacientes, sustentando-os no tempo e no espaço, e atento para que as suas ações não sejam experimentadas pelo paciente de maneira intrusiva. Winnicott alerta que sempre ocorrem falhas na adaptação do analista ao paciente, e que elas, além de inevitáveis, podem ser profícuas para o tratamento analítico. As falhas do analista tendem a produzir intensas reações nos pacientes, sobretudo reações agressivas. O analista, sublinha o psicanalista inglês, deve sobreviver a esses ataques, ou seja, essas reações devem ser acolhidas sem retaliação, pois podem ser utilizadas, em um segundo momento, como material de análise. Essa ideia, como podemos observar, se aproxima da imagem trazida por Ferenczi, do analista como “joão-bobo”, como também da noção de quase indestrutibilidade das substâncias descritas por Balint.

Embora existam diferenças teóricas, encontramos nos três autores uma compreensão da posição do analista embasada na importância da adaptação ativa ao paciente, adaptação que oferece um contraste à falta de adaptação do ambiente atuante no passado traumático. Isso não quer dizer que o analista irá suprir as falhas ambientais. O intuito é oferecer um ambiente diante do qual as defesas do paciente não sejam mais necessárias, permitindo, assim, que as regressões alcancem os estágios anteriores à experiência traumática. Os fenômenos que surgem dessas experiências regressivas dizem respeito às partes clivadas e dissociadas dos pacientes, muitas vezes expressas por manifestações corporais, estados de transe com vivências alucinatórias, identificações projetivas e agonias. A questão que surge nesse contexto é: como, afinal, se dirigir a um paciente em estado de profunda regressão?

Ferenczi constata que as associações do paciente, em situação de relaxamento, vão se tornando cada vez mais livres, fazendo com que ele se expresse de forma mais ingênua, poderíamos dizer, mais infantil. Conforme vimos no

primeiro capítulo, em “Análise de crianças com adultos” (1931), ele descreve o caso de um paciente que subitamente passa um braço ao redor de seu pescoço e se dirige a ele sussurrando. Ferenczi, ao invés de lhe responder com uma interpretação transferencial, tem a ideia de lhe responder com uma nova pergunta em um tom similar. O ponto mais importante dessa intervenção é justamente esse tom de voz e a escolha das palavras utilizadas pelo psicanalista. Ferenczi sublinha que, nesse jogo de perguntas e repostas, não é possível fazer perguntas de qualquer maneira. Elas devem ser feitas de uma forma bastante simples e “verdadeiramente adaptada à inteligência de uma *criança* [...]” (Ferenczi, 1931/2011, p. 83, grifo do autor). A adaptação da linguagem utilizada pelo analista tem como objetivo, portanto, a manutenção de uma atmosfera lúdica e infantil na sessão, pois qualquer intervenção feita de outra maneira, por mais correta que seja tecnicamente, interrompe o diálogo e estraga o jogo.

Além de estragar o jogo, Ferenczi observa também que a falta de adaptação da linguagem do analista em certas situações regressivas pode levar o paciente a se sentir terrivelmente invadido por conteúdos que lhe exigem uma maior complexidade intelectual. Em uma anotação de seu *Diário clínico*, Ferenczi descreve o pedido feito a ele por uma paciente: “menos palavreado, algumas perguntas simples que solicitem o meu pensamento; não há a menor convicção na sua voz; de que me serve que você sabe de tudo, se eu nada sei” (Ferenczi, 1932/1990, p. 71). Cabe ao analista, portanto, utilizar o mínimo de intervenções, para que se possa suscitar a capacidade do paciente de elaborar as suas próprias produções, e não o contrário. Nesses momentos, o psiquismo do paciente encontra-se sem muitas resistências, e por isso não se deve abusar dessas situações para impregná-lo de teorias e formações fantasísticas próprias do analista.

Assim como Ferenczi, Balint desenvolve importantes orientações sobre como se comunicar com pacientes em estado de regressão ou, em termos balintianos, quando o paciente atingiu o nível da falha básica. Nesse nível, Balint observa que certas mudanças se tornam evidentes, como, por exemplo, a maneira como o paciente se relaciona e se comunica com o analista. Nessas situações, a linguagem convencional parece não surtir efeito e as interpretações ganham conotações de sedução, podendo também ser sentidas pelo paciente como ataques ou até mesmo como algo extremamente importante e poderoso. Como esses fenômenos, oriundos

da falha básica, remetem a um campo psíquico no qual ainda não há objetos bem delimitados, as interpretações podem ser sentidas pelo paciente como um objeto intrusivo. Nesses momentos, Balint sublinha que o analista deve ser o menos intrusivo possível, oferecendo-se como um objeto primário ou uma substância sem contornos bem delimitados. O analista “não importuno” ou “não intrusivo” é aquele que, além de modesto e comedido em suas ações, está disponível para identificações projetivas e introjetivas, sem tentar desfazê-las através de interpretações. Dessa maneira, ele permite que o paciente possa viver, na relação transferencial, uma espécie de intromistura harmoniosa de substâncias, na qual há uma relativa indiferenciação entre sujeito e objeto.

Winnicott adota um ponto de vista similar quando destaca que o paciente em estado regressivo, muitas vezes, não consegue elaborar o conteúdo do material interpretado, devido à alta intelectualização de formulações. Nesse sentido, Winnicott sublinha que as interpretações devem ser econômicas e simples, adaptadas à capacidade de compreensão do paciente. O psicanalista inglês critica a postura de certos analistas que não respeitam a temporalidade do paciente e que interpretam a partir de suas necessidades pessoais. O analista que interpreta para suprir as suas próprias necessidades intelectuais e narcísicas pode provocar, no paciente regredido, uma aflitiva sensação de intrusão, rompendo a sua *continuidade do ser*, uma vez que ele ainda não tinha se tornado perceptível pelo paciente enquanto parte do mundo externo. O recomendável é que o analista espere e permita que o paciente alcance certos *insights* por si mesmo, e que, ao interpretar, o faça a partir dos elementos que o paciente sinaliza que está em condições de elaborar.

Nesses casos de profundas regressões, podemos observar que os três autores relatam, cada um à sua maneira, a necessidade de adaptar a linguagem a ser utilizada, compreendendo que, mesmo assim, como os pacientes se encontram em estados de confusão, de transe, de relativa fusão ou indistinção com o analista e com o *setting*, mesmo as palavras mais simples, podem ser vivenciadas pelo paciente de uma forma totalmente imprevisível em relação ao que o analista pretendia. Balint sintetiza essa exigência de adaptação da seguinte maneira:

A recomendação técnica padrão também é nesse caso correta; a tarefa do analista é compreender o que jaz por trás das palavras do paciente; o problema é apenas como comunicar essa compreensão a um paciente regressivo. Nossa resposta é aceitar sem reservas o fato de que as palavras se tornaram pouco confiáveis, suspendendo sinceramente, pelo tempo necessário, qualquer tentativa para forçar o paciente a voltar ao nível verbal. Isso significa abandonar qualquer tentativa de ‘organizar’ o material produzido pelo paciente – de qualquer forma, ainda não é o material ‘correto’ – e tolerá-lo para que possa permanecer incoerente, absurdo, inorganizado, até que o paciente – depois de voltar ao nível da linguagem convencional – torne-se capaz de fornecer ao analista a chave para entendê-lo. (Balint, 1968/2014, p. 175).

Nessa passagem, Balint destaca a necessidade do analista poder sustentar certos momentos de desorganização, muitas vezes marcados por expressões não verbais e por atuações (*acting outs*). Trata-se, portanto, de poder reconhecer essas manifestações como formas legítimas de comunicação dentro de uma relação analítica pautada pela tolerância e pela confiança. Winnicott sugere uma visão similar quando apresenta a ideia de manejo como técnica no atendimento de pacientes regredidos, como, por exemplo, psicóticos e *borderlines*.

A partir dessa exposição, podemos obter certas indicações de “como se comunica algo ao analisando” e “em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada”, questões que foram apontadas por Ferenczi em sua definição sobre o tato analítico (Ferenczi, 1928/2011, p. 31). Embora os três autores tenham pensado em como criar as condições para que se instaurem regressões e para a repetição atuada das experiências traumáticas, é importante destacar que o trabalho analítico não deve ser reduzido a isto. O material repetido, sob qualquer forma de expressão, verbal ou não verbal, deve ser submetido, em um segundo momento, a uma investigação analítica.

Nesse sentido, Ferenczi ressalta que nunca terminava uma sessão “sem analisar a fundo o material atuado, [...] nem sem tornar consciente esse material para o paciente” (Ferenczi, 1931/2011, p. 85). Balint sustenta uma posição bastante similar, ao sublinhar que as interpretações devem ser formuladas sempre após o paciente sair do estado regressivo em que se encontrava. Devido ao aspecto não verbal das comunicações dos pacientes, Balint sublinha que cabe ao analista ocupar as funções de *intérprete* e de *informante*, uma vez que, além de traduzir em linguagem verbal e inteligível, o analista informa ao paciente as partes e fragmentos importantes que se manifestaram através de determinadas condutas. Winnicott,

assim como Balint, alerta para o estado quase fusional em que o paciente regredido se encontra, indicando que, nesses momentos, tanto o analista como o *setting* são vividos pelo paciente como objeto subjetivo. Nesse sentido, qualquer comunicação verbal pode causar intensas perturbações, pois será sentida pelo paciente como um elemento intrusivo. Nessas situações, o trabalho analítico deve se dar a partir de adaptações silenciosas, o que implica em estar atento aos mínimos gestos e sinalizações do paciente, que indiquem quando o analista está sendo percebido objetivamente. Aqui, tanto a espera e o silêncio do analista, quanto a formulação, em um segundo momento, de interpretações adaptadas e compreensíveis para o paciente, conferem à noção de interpretação um sentido de *holding*.

Nessas situações, podemos observar que o referencial técnico das intervenções psicanalíticas não deve estar apenas balizado pelas coordenadas da associação livre, do princípio de abstinência, da neutralidade e da interpretação – referencial mais apropriado para os pacientes neuróticos ou, como indica Balint, para os pacientes que se encontram no nível edipiano. A partir da exposição das contribuições teóricas e técnicas dos três autores no atendimento de pacientes severamente traumatizados, podemos formular outras coordenadas para a técnica psicanalítica, por exemplo: a adaptação do analista ao paciente; a manutenção de um ambiente tolerante, seguro e de confiança; as interpretações resguardadas para um segundo momento, dando prioridade à disponibilidade e à presença de um analista não intrusivo.

Essas coordenadas básicas estão contidas na teoria sobre a técnica psicanalítica desenvolvida por Ferenczi e, posteriormente, ampliadas por Balint e Winnicott. Decerto, cada elemento dessas coordenadas terá um sentido específico na obra de cada um dos autores, uma vez que se trata de conceitos singulares, que se articulam com uma concepção teórica mais ampla sobre primórdios da constituição subjetiva. A nossa tentativa de sistematização, mesmo que reducionista, em certa medida, busca demarcar a especificidade do atendimento clínico com pacientes severamente traumatizados. Em outras palavras, a nossa intenção é pensar a especificidade da clínica do trauma.

Após termos investigado como esses autores pensaram as condições relativas ao *setting* e a posição do analista para que as experiências regressivas

pudessem se desenvolver, e também como se dá o seu manejo clínico, ainda nos resta discutir como eles conceberam os novos caminhos que podem surgir dessas experiências. Em outras palavras, iremos agora apresentar os elementos que conferem à regressão um aspecto terapêutico.

5.3 – O par conceitual sinceridade-confiança: a autenticidade no encontro analítico

Podemos encontrar nos trabalhos dos três autores inúmeras referências às noções de confiança e confiabilidade, associadas às experiências de progressão não-traumática, conforme apresentado por Ferenczi, como também às experiências de nova chance e de novo começo, descritas, respectivamente, por Winnicott e Balint. Estamos de acordo com Ferenczi quando ele destaca que a confiança na relação analítica é o elemento que, para o paciente, estabelece o “*contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico*” (Ferenczi, 1933/2011, p. 114, grifo do autor). No entanto, existem certas diferenças conceituais sobre a noção de confiança nos trabalhos desses três autores que precisam ser mais bem detalhadas. Além disso, há outro elemento que nos parece ser fundamental para pensar a noção de confiança, que é a *sinceridade*. Ferenczi utiliza a palavra sinceridade em alguns de seus trabalhos, às vezes em conjunção com outros termos como simpatia e honestidade. Balint e Winnicott também fazem menções diretas e indiretas à sinceridade, mas sem precisar o seu significado e sem abordá-la como um conceito. Nesse sentido, a nossa proposta é de pensar o par sinceridade-confiança como conceitos que são indissociáveis e complementares, e que se estabelecem em uma dimensão intersubjetiva, na qual tanto o paciente como o analista estão intrinsecamente envolvidos.

Ferenczi, retomando a citação acima, encara a confiança como o elemento que marca o “*contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico*” (Ferenczi, 1933/2011, p. 114, grifo do autor). Partindo dessa concepção, cabe lembrarmos que o *desmentido* e as clivagens narcísicas, elementos que compõem a traumatogênese ferencziana, prejudicam severamente o sentimento de confiança. Os adultos que desmentem o acontecimento traumático criam as condições para que a criança permaneça confusa e sem saber em quem

acreditar. Ela não sabe se confia nos próprios sentidos ou se confia nos adultos nos quais depositava uma confiança cega. Ferenczi ressalta que a criança, muitas vezes, não tem ainda condições de protestar e de se afirmar diante do desprazer. Assim, ela tende a se “identificar com o agressor”, esquecendo-se de si mesma e tem o seu ego cindido, numa tentativa de lidar com a dor que não foi reconhecida e acolhida pelo entorno significativo. Em outras palavras, a confiança que a criança tinha nos adultos e em si mesma fica severamente comprometida devido à *confusão de línguas* e à ação de defesas específicas à situação traumática. Segundo Ferenczi, antes do trauma a criança tinha um “*excesso de confiança em si e no mundo circundante*; depois, muito pouca ou nenhuma” (Ferenczi, 1934/2011, p. 126, grifos do autor).

Partindo dessa concepção do trauma, Ferenczi pensa que o estabelecimento de uma relação de confiança é fundamental para que as regressões em análise possam viabilizar uma nova progressão, desta vez não traumática. Do contrário, sem uma relação pautada na confiança, a regressão tenderia apenas a repetir a situação traumática em análise.

Nos trabalhos de Balint sobre os pacientes que poderíamos situar na área da falha básica, o autor descreve que estes são marcados por um sentimento de desconfiança e de constante suspeita em relação aos objetos. Devido à saída traumática da experiência harmoniosa do amor primário, as atitudes extremadas de ocnofilia e filobatismo são marcadas pela ambivalência em relação aos objetos, ou seja, as relações objetais se estabelecem de forma a serem “amorosas e odiosas, confiantes e desconfiadas ao mesmo tempo” (Balint, 1959, p. 47). Na concepção de Balint, como vimos, o amor primário é caracterizado por uma sensação de intromistura harmoniosa entre o ambiente e o bebê, no qual este deve ser amado e atendido em suas necessidades primárias. Devido à sucessão de falhas de adaptação do ambiente, os objetos podem se apresentar de maneira excessiva, tanto em sua presença como em sua ausência. Nesse sentido, os objetos passam a ser experimentados como intrusivos e potencialmente rejeitadores, como objetos que não levam em consideração as vontades e as capacidades do bebê, sobretudo, de suportar tais experiências. As marcas dessas experiências com os objetos e com o ambiente, ambos não confiáveis, permanecem na vida do indivíduo e determinam as futuras relações objetais.

O sentimento de confiança descrito por Balint se refere, portanto, aos primórdios da constituição subjetiva, mais precisamente, ao ambiente não intrusivo e harmônico próprio ao amor primário. Quando Balint descreve as qualidades da atmosfera analítica e da relação entre o analista e o paciente, o autor está se referindo à confiança no ambiente, que foi prejudicada nos momentos iniciais da subjetivação. É nesse sentido que Balint considera que o analista deve ser empático, acolhedor e não intrusivo, pois apenas desta maneira seria possível criar ou restituir o sentimento de confiança do paciente na relação com ele. Do contrário, sem essa atmosfera *arglos*, pautada na *confiança*, a relação com o analista/ambiente será vivida como uma repetição fiel daquele mesmo ambiente traumático primitivo, ambiente em que não se pôde confiar, que falhou, que foi invasivo, intrusivo e desorganizador. Podemos, então, pensar a *confiança* como uma condição de possibilidade, tanto para uma retomada de processos de subjetivação que se encontravam paralisados, congelados e fixados, como para uma abertura em direção ao novo: para novas relações objetais, portanto, para “novos começos”.

Em Winnicott, a noção de confiabilidade é descrita como uma característica fundamental do ambiente facilitador, materno e terapêutico, estando intimamente ligada à noção de dependência cujo modelo é o estado de *dependência absoluta* do bebê em relação à mãe. A confiabilidade ambiental, garantida pela adaptação ativa da *mãe suficientemente boa*, significa, sobretudo, previsibilidade. Nesse sentido, a mãe/ambiente é confiável quando evita que acontecimentos inesperados interrompam a *continuidade do ser do bebê*; quando atende às mais variadas necessidades do bebê, que ora está tranquilo, ora excitado. Dessa maneira, a partir das repetições dessas experiências, o bebê vai adquirindo a capacidade de reconhecer e prever acontecimentos, sejam estes internos ou externos.

Podemos pensar que a confiabilidade vai se constituindo a partir do “modo como” as adaptações e as sucessivas desadaptações da mãe em relação ao bebê vão se dando ao longo do processo de amadurecimento emocional, tanto no que diz respeito à manutenção da ilusão de onipotência e o processo de desilusão, como na sobrevivência e não retaliação da mãe à agressividade do bebê. Nesse sentido, o acúmulo de pequenas e bem dosadas experiências de falhas de adaptação, que não ameaçam à *continuidade do ser*, contribui para a continuidade dos processos integrativos, além de garantir a manutenção da confiabilidade no ambiente. Em

outras palavras, a confiabilidade básica do bebê vai se constituindo a partir da confiança sustentada e garantida pela mãe/ambiente no percurso que vai da não-integração a integração, e vice-versa. Assim, a confiabilidade ambiental está diretamente implicada nos processos de constituição da identidade, dos sentidos de realidade, do si-mesmo e do mundo, o que confere ao bebê o sentido de *ser*, de se sentir real e de atribuir um sentido ao mundo real.

Por outro lado, as falhas recorrentes de um ambiente não adaptado às necessidades do bebê, além de produzir uma ruptura em sua *continuidade do ser*, suscitam intensas agonias e sensações de intrusão ou de desintegração. Assim, ao invés de confiável e previsível, o ambiente se torna caótico, imprevisível e não confiável. O bebê, que precisa se adaptar às exigências, às vontades e aos humores de um ambiente que não é empático, pode ter profundamente abalado o desenvolvimento da confiança em si mesmo e nos objetos. Essa desconfiança básica é o pano de fundo das queixas de certos pacientes quanto a realidade de si mesmos e do mundo, a incapacidade de acreditar em algo, de se entregar emocionalmente nos relacionamentos que estabelece e de achar que a vida não vale a pena.

Devido às experiências traumáticas nos estágios iniciais do desenvolvimento, Winnicott ressalta que, com certos pacientes, a confiabilidade não está assegurada de antemão, exigindo, assim, que o analista se adapte ativamente às suas necessidades, por mais regredidas que sejam. Em outras palavras, a confiança poderá se constituir na relação com o analista a partir da oferta de um ambiente de *holding*, o qual deve ser capaz, portanto, de sustentar o paciente, de sobreviver aos seus ataques e de se adaptar às suas necessidades. Podendo confiar na relação analítica, o paciente, aos poucos, sente surgir o sentimento de esperança, ou seja, a esperança de que existe um ambiente confiável diante do qual não é preciso se defender.

Segundo Winnicott, as regressões à dependência irão trazer à tona as falhas da confiabilidade do ambiente precoce, exigindo do analista uma adaptação silenciosa e atenta para que o manejo adequado possa ocorrer de forma satisfatória. Assim, analista tem o intuito de garantir as condições para que haja um ambiente e uma relação analítica pautados na confiabilidade, base fundamental sem a qual não

é possível instaurar uma “nova chance” para que o desenvolvimento, que havia sido paralisado pelo trauma, possa ocorrer.

Após termos apresentado como as noções de confiança e de confiabilidade são descritas e pensadas nos trabalhos dos três autores, iremos propor uma articulação com a noção de sinceridade. A nossa hipótese é que o sentimento de confiança na relação entre analista e paciente depende de uma experiência emocional autêntica e sincera. Nesse momento, buscaremos, nos trabalhos de Balint, Winnicott e, principalmente, de Ferenczi, ferramentas conceituais para definirmos a noção de sinceridade em sua articulação com a noção de confiança.

Ferenczi, em suas anotações no *Diário Clínico*, inicia uma investigação acerca do sentimento de convicção ao constatar que “*a reprodução do trauma é, por si só, ineficaz do ponto de vista terapêutico*” (Ferenczi, 1932/1990, p. 241, grifos do autor). Essa constatação surge a partir dos resultados das regressões em análise conduzidas por ele ao longo do ano de 1932. Em suas observações clínicas, os pacientes que entravam em estados de profunda regressão repetiam o sofrimento das experiências traumáticas, mas, em seguida, pouco ou quase nada sabiam do que havia ocorrido - como se a repetição se desse apenas no plano emocional, sem encontrar nenhum representante psíquico que viabilizasse a rememoração da experiência vivida. Nessa situação, Ferenczi experimenta contar para os pacientes o que se passou durante aquela experiência, ou seja, o que eles disseram, quais gestos corporais surgiram, como as emoções se expressaram, e assim por diante. Essa abordagem foi igualmente mal sucedida, pois mesmo que os pacientes conseguissem associar e encontrar fragmentos de memória que se ligassem ao que foi relatado, não tinham a convicção na reconstrução realizada. O resultado, portanto, era a manutenção da clivagem e uma repetição circular que não levava à rememoração e à uma possível elaboração.

Ainda em seu *Diário Clínico*, em uma anotação do dia 24 de julho de 1932 cujo título é “A propósito da ab-reação,” Ferenczi faz a seguinte pergunta: “em que circunstâncias a junção das duas personalidades se produz, mesmo que de forma passageira, e com ela, a convicção?” (Ferenczi, 1932/1990, p. 214). Nessa anotação, Ferenczi relata que enquanto observava uma paciente repetir intensamente certas emoções, ele se sentia irritado e entediado, o que se tornou evidente para a paciente

pelo tom de sua voz ou pela maneira de formular as perguntas. Em seguida, Ferenczi constata que a crise da paciente aumenta, terminando com risadas agudas e em um despertar apático. Por outro lado, Ferenczi observa que quando se encontra verdadeiramente implicado, buscando sentir empaticamente o que está se passando com a paciente, ela “torna-se de súbito capaz não só de me dar uma representação dramatizada dos acontecimentos, mas também de me falar deles” (Ferenczi, 1932/1990, p. 214).

A partir de observações como essas, Ferenczi constata que tudo aquilo que se passa no analista, de certa maneira, influencia o processo analítico, principalmente, os afetos do analista que podem ser correlacionados com o ambiente traumático. Nesse sentido, Ferenczi afirma que:

o contraste com o ambiente da situação traumática, portanto, a simpatia, a confiança – recíproca – devem ser estabelecidas, antes que se apresente uma nova atitude: a rememoração em vez da repetição. A associação-livre, por si só, sem que sejam lançadas novas bases para uma atmosfera de confiança, não proporciona, portanto, uma cura verdadeira. *O médico deve se dedicar de corpo e alma ao seu caso ou então, se não o fizer, deverá reconhecê-lo honestamente, ao contrário do comportamento dos adultos em relação às crianças*” (Ferenczi, 1932/1990, p. 214, grifo nosso).

Nesta citação, podemos observar que Ferenczi utiliza palavras como “simpatia”, “confiança recíproca” e nas últimas linhas descreve que a honestidade do analista indicaria um contraste com a atitude dos adultos em relação às crianças.

Em “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) podemos encontrar uma proposta similar, quando Ferenczi destaca que a atitude do analista deve ser *amistosamente benevolente*, e sublinha que não se deve tratar o paciente com uma *severidade* ou *amor fingidos*, pois assim não se estaria respeitando a principal regra da psicanálise, que é a *sinceridade* (Ferenczi, 1930/2011). Há aqui um elemento que estava implícito, mas que foi agora destacado, a *sinceridade*. Muitas vezes, e no próprio texto ferencziano, é possível interpretarmos a sinceridade como uma confissão do analista sobre os seus sentimentos em relação ao paciente. No entanto, gostaríamos de propor uma outra interpretação, uma vez que a *sinceridade*, como

também assinala Ferenczi, constitui um elemento fundamental para que se estabeleça uma relação de *confiança*.

Em “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” Ferenczi aborda a hipocrisia profissional como um problema técnico que diz respeito ao que se passa com o analista, ou seja, à sua contratransferência. Os analistas tentam manter uma atitude polidamente amistosa e acolhedora, quando, na realidade, certos traços externos ou internos do paciente são dificilmente suportáveis. Ou ainda quando algum elemento da sessão gera alguma perturbação na atenção do analista que a direciona para uma preocupação profissional mais importante ou para uma preocupação pessoal e íntima. Essa hipocrisia, como sublinha Ferenczi, é sentida pelos pacientes “com todos os seus membros [...]” (Ferenczi, 1933/2011, p. 114).

De início, percebemos a importância da análise do analista nesse processo, uma vez que apenas com uma análise extensa e profunda, o analista poderia ter acesso consciente ao que lhe afeta durante as sessões. A questão que se coloca, em seguida, é se o analista deve ou não comunicar ao paciente o que lhe afeta. E, se a resposta for positiva, como fazê-lo? Em Ferenczi, encontrarmos em diversas passagens a ideia de que a resposta é positiva, que não há outro meio “senão tomar consciência do nosso próprio incômodo e falar sobre ele com o paciente, admiti-lo, não só como possibilidade mas também como fato real” (Ferenczi, 1933/2011, p. 114). No entanto, devemos levar em consideração que Ferenczi está partindo da sua concepção sobre o trauma, onde o *desmentido* é o elemento que torna o trauma patogênico, e que o analista hipócrita é aquele que ocupa o lugar do adulto, ou seja, que pode manter uma postura que desautoriza/desmente aquilo que, em algum nível, é perceptível para o paciente.

Gostaríamos de pensar a *sinceridade*, na relação analista-paciente, como algo distinto de dizer tudo e qualquer coisa, de dizer algo “de coração”, pois, como Ferenczi bem assinalou, antes de qualquer comunicação é necessário um movimento pendular entre “identificação com o paciente, autoobservação e comunicação” (Ferenczi, 1928/2011), cabendo ao tato (*Einfühlung*) a escolha do melhor momento e as palavras mais adequadas para a situação do presente transferencial da análise (Ferenczi, 1928/2011). Ou então, como Ferenczi resume: o trabalho do analista vai se configurando, assim, como uma “oscilação perpétua

entre “sentir com”, auto-observação e atividade de julgamento” (Ferenczi, 1928/2011, p. 38). Levando em consideração essa exigência de auto-observação, atividade de julgamento e tato, podemos pensar a *sinceridade* como um estado no qual o analisa está em consonância ou em harmonia com aquilo que ele apresenta para o paciente e o que ele sente e pensa. Assim, ao propor uma interpretação ou comunicação, o analista deve ser o mais sincero possível com as suas impressões, levando em consideração que pode estar errado, que deve admitir os seus erros e estar aberto a críticas. Apenas com o estabelecimento de uma relação pautada na *sinceridade* é que o paciente teria condições de sentir a convicção nas palavras e na presença do analista. Convicção que esteve ausente na experiência traumática, sob o signo do *dementido*.

Em Winnicott, encontramos uma investigação similar à de Ferenczi, mas com articulações conceituais distintas. A questão sobre a *comunicação* em análise, mais precisamente, *como* comunicar e *como* este fenômeno será vivenciado pelo paciente também foram exploradas por Winnicott.

Vincenzo Bonaminio (2010) explicita que a comunicação é sempre uma via de mão dupla, do analista para o paciente, e vice-versa, e que pode ou não trazer o sentimento de *autenticidade* para o par analítico. Essa questão nos remete à definição de Winnicott sobre o verdadeiro *self* e sobre a possibilidade de entrar em contato com o seu âmago, que é, essencialmente, incomunicável. Segundo Winnicott, o *verdadeiro self* se encontra “para sempre imune ao princípio de realidade e para sempre silencioso. Aqui a comunicação é não verbal; é como a música das esferas, absolutamente pessoal. Pertence ao ser vivo. E na saúde, é daqui que a comunicação naturalmente emerge” (Winnicott, 1963d/1983, p. 174).

Mesmo incomunicável, se pensarmos pela via da expressão verbal, o *verdadeiro self* se comunica silenciosamente ao atribuir o sentido de autenticidade à experiência vivida. Para Winnicott, essa é uma questão central quando estamos diante de pacientes severamente traumatizados cujas experiências são sentidas, muitas vezes, como irreais, desafetadas ou sem sentido. Devido às defesas atuantes nesses casos, para que essa comunicação e contato com o âmago do *verdadeiro self* possa ocorrer em análise, é preciso que tanto o analista como o *setting* ofereçam certas condições específicas.

A situação analítica passa a ser pensada a partir de elementos como *espaço*, *tempo* e *presença do analista*, e cada um desses elementos se torna mais importante do que a interpretação, principalmente quando o paciente se encontra em um estado profundamente regredido. A regularidade e a previsibilidade das sessões, assim como do espaço e do *setting*, buscam garantir um ambiente estável e confiável para o paciente, que age de forma distinta ao ambiente traumático. Sobre a presença do analista, Winnicott nos oferece a seguinte definição: “ao praticar psicanálise tenho o propósito de: me manter vivo, me manter bem, me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar-me. Uma vez iniciada uma análise espero continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la.” (Winnicott, 1962b/1983, p. 152). Isso significa que mais do que a inteligência ou expertise do analista, o que o paciente precisa é que o analista esteja vivo e autenticamente presente. Assim como Ferenczi, Winnicott destaca que os pacientes em condições de regressão à dependência são extremamente sensíveis a qualquer atitude forçada do analista, assim como a sutis alterações de ânimo.

O analista que busca ser ele mesmo, não deve, simplesmente, se expressar de maneira espontânea, manifestando tudo aquilo que lhe ocorre. Winnicott faz essa observação de maneira explícita quando aborda o tema do ódio na contratransferência. Tomando como modelo a relação da mãe com o bebê, Winnicott sublinha que “a mãe deve ser capaz de tolerar o sentimento de ódio contra o bebê sem fazer nada a esse respeito” (Winnicott, 1947/2000, p. 286). O analista, assim como a *mãe suficientemente boa*, deve tolerar o ódio dirigido a ele por seu paciente, mas “acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si [do analista]. O ódio que é legítimo nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação” (Winnicott, 1947/2000, p. 279). Para Bonaminio, o reconhecimento íntimo da autenticidade e da realidade dos próprios sentimentos do analista é crucial para que a relação analítica seja reconhecida como uma verdadeira relação. Em outras palavras, o reconhecimento do analista sobre a autenticidade de seus sentimentos torna a sua presença, assim como a relação com o paciente, mais autêntica, e isso não implica, necessariamente, em comunicar diretamente ao paciente o que o analista está sentindo ou pensando.

Essa observação nos remete à ênfase que Winnicott atribui à adaptação ativa do analista ao paciente e às suas observações sobre os cuidados relativos ao momento no qual se deve comunicar ou interpretar algo ao paciente. Nesse sentido, o analista sempre deve aguardar o paciente, muitas vezes em silêncio, até que ele o perceba objetivamente. Do contrário, qualquer comunicação pode perturbar o contato do paciente com o seu verdadeiro *self*, tornando o conteúdo comunicado intrusivo e irreal. Partindo da compreensão winnicottiana do trabalho analítico, Bonaminio o define da seguinte maneira:

o analista pode entrar em contato com o paciente, pode entrar em contato com o seu sofrimento, pode *refletir* para o paciente o que ele lhe comunicou [...], o analista pode *compartilhar* com o paciente para que encontrem “juntos uma afirmação satisfatória do seu verdadeiro *self*” (Winnicott, 1959, p. 50); o analista pode ser para o paciente o *outro* que lhe permite encontrar-se, somente se ele, o analista é si mesmo, se ele reivindica seus próprios limites e sua própria individualidade, que são radicalmente definidos pela colocação de Winnicott: “manter-se vivo; manter-se bem; manter-se desperto” (Bonaminio, 2010, p. 77).

Após essa exposição, podemos compreender que Winnicott explora a temática da autenticidade e da comunicação, tanto no que diz respeito à criação das condições para que o paciente entre em contato com aspectos relativos ao verdadeiro *self*, como no que concerne à contratransferência, ou até mesmo à totalidade dos fenômenos que se passam com o analista.

Cabe aqui mencionar, de maneira sucinta, que, para Winnicott, o trabalho do analista não é apenas psíquico, mas envolve o seu ego corporal, ou seja, é uma atividade na qual todo o psicossoma é afetado. Essa definição é importante, principalmente, quando estamos atendendo pacientes em profunda regressão, uma vez que, nessas situações, o analista precisará permanecer identificado ou mesmo fundido com o paciente, ao mesmo tempo em que precisará permanecer orientado para realidade. Assim, para a compreensão da dimensão contratransferencial, o analista deve levar em conta o seu próprio funcionamento psíquico e a sua disponibilidade emocional frente às questões suscitadas pela contratransferência. Nesse sentido, há um trabalho constante da parte do analista em acolher e investigar os fenômenos que surgem nele mesmo, os quais podem ser de origem projetiva, da

comunicação inconsciente do paciente ou então de seus próprios complexos e resistências não analisados. Essa mobilidade psíquica descrita por Winnicott, de estar emocionalmente disponível para se identificar com o paciente e depois poder sair desse processo, de poder escutar o paciente e, ao mesmo tempo, se escutar, permite que o analista preserve a sua função e o seu lugar, ou seja, permite que ele sobreviva e mantenha-se vivo como analista.

Balint não aborda diretamente essa temática sobre a autenticidade ou a convicção dos fenômenos vividos na relação analítica. No entanto, podemos apreender de sua compreensão sobre as regressões benignas e as experiências de “novo começo”, que esses sentimentos estão implicitamente presentes nesses processos. Na linguagem de Balint, o analista não intrusivo, que permite que o paciente regreda e que o acompanha em silêncio, possibilita que se instaurem processos na área da criação. Dessa maneira, o paciente poderá experimentar sentimentos profundos que irão exigir ajuda do analista, tanto em suas funções de intérprete e informante, como também de reconhecimento e compreensão. Assim, nessa modalidade de relação, pautado por um sentimento de confiança, o paciente, aos poucos, poderá descobrir e experimentar novas possibilidades de relação consigo mesmo e com os objetos. Como vimos, essas experiências são marcadas por profundos sentimentos de luto em relação aos modos antigos de amar e odiar, mas que são seguidos de uma sensação de maior liberdade para desfrutar da vida. Nesses momentos, o paciente sente e reconhece que a vida ganha um novo sentido.

Há um aspecto na noção de sinceridade ou, como descreve Winnicott, de autenticidade, que diz respeito aos limites e às possibilidades reais do analista em poder se dedicar e estar disponível para o trabalho analítico. Para os três autores, é importante para o trabalho analítico, sobretudo para a retomada dos processos de desenvolvimento, que o paciente venha a reconhecer que o analista não poderá suprir todas as suas demandas e necessidades. É nesse sentido que Winnicott, por exemplo, afirma que “o analista não é, afinal de contas, a mãe natural do paciente” (Winnicott, 1956c/2000, p. 397).

Partindo dessa afirmação do autor, podemos nos remeter à positividade que o psicanalista inglês atribui aos erros e falhas do analista, uma vez que ele nunca conseguirá se adaptar plenamente ao paciente. Segundo Winnicott, “nossas

inevitáveis falhas, específicas e limitadas, frequentemente provocadas pelo paciente, dão a ele a oportunidade de sentir raiva de nós e de expressá-la” (Winnicott, 1968, p. 155 *apud* Dias, 2002, p. 358). Na medida em que as falhas e os erros do analista podem ser utilizados como possibilidades de integrar e elaborar os sentimentos relativos às falhas do ambiente precoce, o paciente poderá, aos poucos, perceber o analista como uma pessoa real, que falha e que reconhece os seus erros. Dias (2002) sublinha que as mães e os analistas permanentemente falham em sua adaptação às necessidades do bebê ou do paciente, logo, a questão não é tanto sobre falhas em si mesmas, mas concerne ao reconhecimento e à atitude do ambiente em relação à falha. Nesse sentido, a “confiabilidade não significa ser imune ao erro; ao contrário, exatamente porque falível, a pessoa humana pode ser confiável” (Dias, 2002, p. 344). A confiabilidade analítica traz, intrinsecamente, a questão sobre a importância das falhas e dos limites do analista, que, ao serem reconhecidos para o paciente, poderão ajudá-lo a integrar e elaborar certos pontos de fixação relativos aos estágios iniciais de dependência e a retomar os processos de amadurecimento.

Essas falhas e erros do analista podem se dar, tanto no *setting*, a partir de uma interpretação mal colocada, como também por outros aspectos que envolvem a agenda e os horários que o analista poderá disponibilizar ou então quando não está disponível devido a outros interesses pessoais. Ferenczi, em uma anotação de seu *Diário Clínico*, também aborda essa questão sobre os limites do analista no atendimento das demandas e necessidades dos pacientes:

finalmente, cumpre admitir que a nossa capacidade de ajudar, inclusive a nossa vontade de ajudar, é limitada (em parte pelas exigências da nossa natureza egoísta, em parte por complexos pessoais não dominados), quer dizer, o paciente deve admitir, pouco a pouco que a ajuda não pode chegar-lhe somente do exterior, que deve mobilizar o que resta disponível de sua própria vontade. Finalmente, deve até admitir, honestamente, que o nosso esforço pode ser vão se o paciente não se ajudar a si mesmo (Ferenczi, 1932/1990, p. 74).

Podemos observar que para Ferenczi, se o paciente permanece em uma posição na qual o analista (a ajuda exterior) deve suprir todas as suas necessidades e demandas,

o processo analítico fica estagnado em um ciclo vicioso, entre expectativas de amor e de ajuda incondicionais e a sua constante frustração.

Para Balint, essa questão dos limites do analista está relacionada ao encontro traumático da passagem do *amor primário* para as relações com objetos mais bem delimitados, que possuem vontades e desejos próprios. Os pacientes que se encontram no nível da falha básica manifestam uma série de dificuldades em lidar com os objetos. Estes são vistos com bastante desconfiança, uma vez que podem ser ameaçadores, isto é, podem ser excessivamente intrusivos ou demasiadamente distantes.

Na clínica, essas dificuldades serão vividas na relação com o analista, exigindo deste a manutenção de uma atmosfera de confiança e o acolhimento aos fenômenos regressivos. Nesse sentido, a partir do manejo do analista, as experiências de “novo começo” poderão, aos poucos, ampliar o sentimento de confiança e a consideração dos pacientes pelos objetos, reconhecendo e podendo suportar a realidade e os limites que lhes são próprios. Ao ser realizado pelo paciente, o “trabalho de conquista” faz com que ele possa se relacionar com os outros em uma dimensão de parceiros cooperativos. A reciprocidade conquistada, torna possível o estabelecimento de um acordo mutuamente aceitável entre as demandas provenientes dos objetos e as suas. Esse tipo de relação, quando pode ser experimentada em análise, marca a passagem, que nunca é definitiva, da demanda de amor incondicional, para uma relação caracterizada pela reciprocidade, onde são levadas em consideração tanto as vontades como os limites ou impossibilidades, de si mesmo e do analista.

Após essa exposição, temos alguns elementos que poderão embasar a nossa hipótese inicial, ou seja, que o sentimento de confiança na relação entre analista e paciente depende de uma experiência emocional autêntica e sincera. Conforme vimos anteriormente, os três autores destacam a importância da confiança na relação analítica, principalmente com pacientes cujas regressões atualizarão experiências traumáticas dos períodos iniciais dos processos de subjetivação. A questão é pensarmos quais são as condições que produzem, enquanto efeito, o sentimento de confiança, podemos ressaltar, de confiança recíproca.

Ferenczi inicia essa investigação partindo do sentimento de convicção relatado pelos pacientes após certas experiências regressivas. Após algumas observações, ele constata que a convicção surge a partir de um entrelaçamento entre as experiências emocionais e os processos intelectuais ou representacionais. Assim, quando o paciente apenas experimentava sensações sem representações, ou remontava a experiência traumática, somente pelo exercício do pensamento, logo em seguida, o paciente era tomado por uma dolorosa queixa devido à falta de convicção. Ao invés de atribuir esse impasse à resistência do paciente, Ferenczi direciona a sua atenção para si mesmo e observa os seus próprios sentimentos durante os processos regressivos de seus pacientes. A sua constatação é que os seus sentimentos, como, por exemplo, de irritação ou de tédio, não correspondiam às suas falas e expressões de benevolência e simpatia. Essa falta de sinceridade, definida como hipocrisia profissional, reproduzia as qualidades do ambiente/adultos da experiência pregressa do paciente, repetindo, portanto, a experiência traumática.

A *sinceridade*, conforme buscamos definir nesse capítulo, não deve ser confundida com uma confissão dos sentimentos e dos pensamentos do analista para o paciente, ou então, como uma permissão para dizer tudo e qualquer coisa que lhe ocorrer à mente durante o atendimento. Desta maneira, não estaríamos levando em consideração certas exigências do trabalho analítico, como por exemplo, a auto-observação, a atividade de julgamento e o tato analítico (“sentir com”). Nesse sentido, a *sinceridade* implica: que o analista entre em contato com os afetos suscitados na relação com o paciente (a sua contratransferência); que ele observe e reflita sobre aquilo que está sentindo e pensando; e, por fim, que decida se deve, ou não, formular uma comunicação ou uma interpretação ao paciente, levando em consideração qual seria o melhor momento e as palavras mais adequadas à situação presente da relação transferencial.

Estendendo a noção de *sinceridade* para os pacientes, faz-se necessário que o analista admita, sobretudo para si mesmo, certos limites do trabalho analítico. Ou seja, o analista deve levar em consideração os seus erros e falhas, estando aberto a receber críticas e ser, em certos momentos, questionado. Conforme vimos nos trabalhos de Balint e Winnicott, essas manifestações poderão contribuir para que a relação analítica seja vivida, pelo paciente, de forma autêntica e confiável. Nesse

sentido, a relação analítica, pautada na confiança, só poderá se estabelecer se estiver intrinsecamente permeada pela sinceridade, tanto do analista, como do paciente. Em outras palavras, as noções de confiança e de sinceridade se articulam, de maneira complementar, como um par conceitual, *sinceridade-confiança*.

6. Considerações finais

Após investigarmos as contribuições teóricas e clínicas dos trabalhos de Ferenczi, Balint e Winnicott, podemos constatar o esforço desses autores em ampliar o raio de ação do trabalho analítico para aqueles pacientes considerados, muitas vezes, como “difíceis” ou inalisáveis. A revisão da teoria da técnica, proposta por esses autores, é indissociável de uma reformulação teórica sobre os primórdios da constituição subjetiva e da experiência traumática.

As contribuições de Ferenczi sobre a teoria do trauma trouxeram à tona a importância do ambiente para o processo traumático. Segundo Ferenczi, o ambiente que não reconhece, que não se adapta, e que não acolhe os pedidos de ajuda da criança pequena, faz com que ela tenha que realizar uma tarefa que ainda não lhe é possível. A criança, devido à sua prematuridade psíquica e emocional, não consegue representar e dar sentido às ações e aos excessos passionais que lhe são infligidos pelos adultos. Na perspectiva introduzida por Ferenczi, o impacto do acontecimento vivido pela criança, não é, em si mesmo, traumático. O elemento que confere o sentido de trauma à experiência diz respeito à resposta do ambiente, mais precisamente, ao *desmentido*.

Em certas situações de análise, a manutenção rigorosa das coordenadas da técnica psicanalítica, como, por exemplo, do princípio de abstinência e do uso reiterado de interpretações, conduzia a análise para uma repetição da experiência traumática do paciente. Além disso, a atitude polidamente reservada do analista e a sua hipocrisia profissional, reatualizavam, na relação analítica, as qualidades do ambiente insincero e pouco confiável, composto pelo entorno significativo da infância do paciente.

A partir dessa compreensão, Ferenczi adota uma postura mais elástica, flexibilizando algumas regras da técnica psicanalítica, como, por exemplo, o atendimento de certas demandas dos pacientes. Nesse período, Ferenczi passa a discutir temas clínicos que, décadas após a sua morte, foram desenvolvidos por diversos autores, e o são até os dias de hoje. Para citar alguns: Ferenczi aborda teoricamente a noção de *tato* (“sentir com”); propõe uma investigação da

metapsicologia dos processos internos do analista durante as sessões; destaca a importância da análise do analista; leva em consideração que certas resistências ao trabalho analítico são oriundas do analista e de sua técnica; discute a adaptação do analista ao paciente; e confere positividade às manifestações dos pacientes em estado de regressão.

Balint e Winnicott, partindo de perspectivas teóricas distintas, desenvolveram algumas dessas investigações propostas por Ferenczi. Ambos conferiram um grande potencial clínico às regressões em análise, pois compreendiam que, dessa maneira, tornava-se possível acessar certas experiências traumáticas referidas às falhas ambientais. Devido à sua precocidade, essas memórias traumáticas se manifestavam através de expressões primitivas, ou seja, através de modos de comunicação não-verbais e *acting outs*. Além de sua precocidade, esse conteúdo psíquico se encontrava, devido à ação de defesas específicas, clivado ou dissociado do psiquismo, tornando, assim, impossível o seu acesso através da associação livre de ideias. O reconhecimento dessas formas de comunicação e o manejo adequado das regressões em análise, tornam-se, portanto, importantes vias de trabalho para que essas experiências possam encontrar um sentido passível de representação e de elaboração.

O trabalho analítico, compreendido como manejo das regressões em análise e como reatualização das falhas ambientais vividas nos primórdios da constituição subjetiva, requer uma significativa *adaptação* das coordenadas da técnica psicanalítica. Para esses autores, a adaptação do analista ao paciente, implica, em um primeiro momento, na compreensão de que as demandas que lhe são endereçadas se distinguem das demandas de satisfação pulsional, conforme teorizado por Freud. Nesse sentido, trata-se de demandas que devem ser entendidas, conforme descreve Winnicott, como necessidades egóicas primárias. Balint destaca essa distinção a partir de sua concepção sobre os dois tipos de regressões que podem ocorrer em análise, a regressão maligna e a regressão benigna. O analista que reconhece e atende essas necessidades primárias, cria as condições para que o paciente, através de regressões benignas, experiencie, na relação analítica, novas formas de se relacionar, consigo mesmo e com os objetos.

Outro aspecto da adaptação do analista ao paciente, diz respeito à comunicação e ao uso das interpretações em situações nas quais o paciente se encontra em estado de profunda regressão. De uma maneira geral, os três autores destacam que as interpretações devem ficar resguardadas para um segundo momento, no qual o paciente não se encontre mais em estado de quase fusão ou de mistura com o analista e com o *setting*. Nesses momentos, as interpretações, devido ao seu conteúdo complexo e intelectualizado, podem produzir intensas perturbações nos pacientes, que, muitas vezes, são vividas de maneira intrusiva e, por isso, frequentemente, serão rejeitadas. Isso não quer dizer que não é possível se comunicar com os pacientes, mas que a comunicação deve ser adaptada às suas possibilidades de compreensão e de expressão. A prioridade, nesses momentos, é dada à disponibilidade e à presença de um analista não intrusivo, que possa se comunicar através de palavras simples, ou de maneira silenciosa.

O analista que se adapta ao paciente cria as condições necessárias para a constituição de uma atmosfera analítica, que pode ser sentida pelo paciente como sendo um ambiente tolerante, seguro e confiável. O contraste entre essas qualidades oferecidas pela situação analítica e as encontradas pelo paciente na experiência traumática possibilita a existência de um novo tipo de relação, desta vez, com menos reações defensivas ao encontro com o outro.

O sentimento de confiança, preconizado por esses autores, implica, além da adaptação do analista ao paciente, que a relação analítica seja permeada pela *sinceridade*. Em nossa compreensão, a sinceridade não deve ser confundida com uma confissão do analista de seus pensamentos e sentimentos para o paciente. Pelo contrário, o analista não deve abrir mão do tato analítico e de seu julgamento crítico, que o orientam em seu trabalho de escolher o melhor momento e as palavras mais adequadas, antes de fazer qualquer comunicação ao paciente.

A sinceridade, a qual nos referimos, também diz respeito à abertura do analista para entrar em contato com os seus próprios pensamentos e sentimentos – de uma maneira geral, com a sua contratransferência. Nesse sentido, ao comunicar algo ao paciente, o analista buscará ser o mais sincero possível com as suas impressões, sejam estas sobre si mesmo ou sobre o paciente. Ou seja, qualquer comunicação ou interpretação do analista, precisa levar em consideração as

dimensões transferenciais e contratransferenciais da experiência analítica. Levando em consideração que estamos pensando em termos relacionais, isso implica que a sinceridade deve ser estendida aos pacientes. Assim, o analista deve ser receptivo às críticas e deve reconhecer quando está errado, pois, assim como qualquer pessoa, ele pode errar e não saber ou entender de tudo. Estamos, portanto, também nos referindo aos limites e às impossibilidades inerentes a todo atendimento psicanalítico.

Em nossa hipótese, a sinceridade, que permeia a relação analítica, confere à confiança, o sentimento de convicção. Em outras palavras, a sinceridade, quando é permitida e experimentada na situação analítica, faz com que a confiança, na relação entre analista e paciente, seja vivida de maneira autêntica. Nesse sentido, propusemos que as noções de sinceridade e confiança sejam pensadas em sua complementaridade, como um par conceitual, confiança-sinceridade, uma vez que, para que se constitua uma relação analítica pautada pela confiança, é necessário que haja sinceridade.

Podemos concluir a nossa investigação, destacando que, no atendimento de pacientes severamente traumatizados, a confiança na relação analítica depende, portanto, de uma mudança significativa das coordenadas da técnica psicanalítica, uma vez que o referencial técnico não pode estar apenas balizado pela associação-livre; pelo princípio de abstinência; pela neutralidade do analista; e pelo uso exclusivo das interpretações. Não se trata, no entanto, de desqualificar as coordenadas tradicionais da técnica, pois estas, como sinaliza Balint, ainda constituem o referencial mais apropriado para os pacientes que se encontram no nível edipiano.

A exigência a que estamos nos referindo é a de adaptação da técnica aos pacientes que se encontram no nível da *falha básica* ou, nos termos de Winnicott, aos pacientes que regredem a situações de *dependência*. Cabe ressaltarmos, que essa exigência de adaptação pode ocorrer durante o percurso de análise de um mesmo paciente. Nesse sentido, o analista deve estar sempre atento aos rumos regressivos e progressivos do paciente, para que possa estar bem adaptado às necessidades específicas que lhe são endereçadas.

6. Referências bibliográficas

ABRAM, J. (2000). **A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter

AVELLO, J. (1998). **Para leer a Ferenczi**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1998.

_____. (2006). **La isla de sueños de Sándor Ferenczi: nada más que pulsión de vida**. Madrid: Editorial Biblioteca Nova, 2006.

BONAMINIO, V. (2010) **Nas margens de mundos infinitos: a presença do analista e do analisando no espaço transicional em uma perspectiva contemporânea do pensamento de Winnicott**. Rio de Janeiro, Imago, 2011.

BALINT, M. **Introdução: As experiências técnicas de Sándor Ferenczi: perspectivas para uma evolução futura**. In: Sándor Ferenczi Obras completas IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. (1932). **Character Analysis and New Beginning**. In: Primary love and psychoanalytic technique. London: Hogarth, 1952.

_____. (1933). **On transference of emotions**. In: Primary love and psychoanalytic technique. London: Hogarth, 1952.

_____. (1935). **The final goal of psychoanalytic treatment**. In: Primary love and psychoanalytic technique. London: Hogarth, 1952.

_____. (1937) **Early developmental states of the ego**. In: Primary love and psychoanalytic technique. London: Hogarth, 1952.

_____. (1949) **Thrills and regressions**. Connecticut: International Universities, 1987.

_____. (1952) **New beginning and the paranoid and the depressive syndromes**. In: Primary love and psychoanalytic technique. London: Hogarth, 1952.

_____. (1968) *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. São Paulo: Zagadoni, 2014.

BOKANOWSKI, T. **Sándor Ferenczi: Negative Transference and Transference Depression**. In RUDINITSKY, P.L, BÓKAY, A., GIAMPIERIDEUTSCH, P. (orgs). *Ferenczi's Turn in Psychoanalysis*. New York: New York University Press, p. 120-144, 1996.

_____. (2002). **A prática analítica**. Rio de Janeiro: IMAGO, 2002.

BORGOGNO, F. (1999). **Psicanálise como percurso**. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

DAVIS, M. e WALLBRIDGE, D. (1982). **Limite e Espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro, Editora Imago.

DIAS, E. (2000). **Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento**. In: *Revista Natureza humana*. v.2 n.1 São Paulo jun. 2000

_____. (2002). **Da sobrevivência do analista**. In: *Revista Natureza humana*. v.4 n.2 São Paulo dez. 2002.

_____. (2017). **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. São Paulo: DWW Editorial, 2017.

FERENCZI, S. (1909). **Transferência e introjeção**. In: *Obras completas Vol. I*. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1912). **O conceito de introjeção**. In: *Obras completas Vol. I*. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1913). **O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios**. In: *Obras completas Vol. II*. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1919). **Dificuldades técnicas de uma análise de histeria**. In: *Obras completas Vol. III*. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1921). **Prolongamentos da técnica ativa em Psicanálise**. In: *Obras completas Vol. III*. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1924a) **Perspectivas da psicanálise**. In: Obras completas Vol. III. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1924b) **As fantasias provocadas**. In: Obras completas Vol. III. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1924c). **Thalassa: ensaio sobre a teoria da sexualidade**. In: Obras completas Vol. III. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1926) **Contraindicações da técnica ativa**. In: Obras completas Vol. III. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1927) **Adaptação da família à criança**. In: Obras completas Vol. IV. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1928) **Elasticidade da técnica psicanalítica**. In: Obras completas Vol. IV. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1929) **A criança mal acolhida e sua pulsão de morte**. In: Obras completas Vol. IV. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1930) **Princípio de relaxamento e neocatarse**. In: Obras completas Vol. IV. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1931) **Análises de crianças com adultos**. In: Obras completas Vol. IV. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1932) **Diário clínico**. São Paulo, Martins Fontes, 1990.

_____. (1933) **Confusão de línguas entre adultos e a criança**. In: Obras completas Vol. IV. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

_____. (1934) **Reflexões sobre o trauma**. In: **Obras completas Vol. IV**. São Paulo, Martins Fontes, 2011.

FIGUEIREDO, L. C. (2002) **A tradição ferencziana de Donald Winnicott: Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica**. Revista Brasileira de psicanálise Brasília, v. 36, n. 4, p. 909-927, 2002.

_____. (2012) **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012.

FREUD, S. (1984) As neuropsicoses de defesa. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. III. Rio de Janeiro, Imago, 1976

_____. (1896) Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. III. Rio de Janeiro, Imago, 1976

_____. (1895) Estudos sobre Histeria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. II. Rio de Janeiro, Imago, 1995.

_____. (1897) Carta 69. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. I. Rio de Janeiro, Imago, 1990

_____. (1900) Interpretação dos sonhos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. IV. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. (1904 [1903]) O método psicanalítico de Freud. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. (1906 [1905]) Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

_____. (1907). O esclarecimento sexual das crianças (carta aberta ao Dr. M. Furst). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira, Vol. IX Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 135-144.

_____. (1908). Sobre as teorias sexuais das crianças In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 211-228.

_____. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. X, Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 13-154.

_____. (1910 [1909]) Cinco lições de psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. (1910a) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970

_____. (1910b) Psicanálise 'silvestre'. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. (1911) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1912a) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XII, 2006.

_____. (1912b) Tipo de desencadeamento da neurose. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1913). A disposição à neurose obsessiva, uma contribuição ao problema da escolha da neurose. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1914a) Recordar, repetir e elaborar. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1914b) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1914c). A história do movimento psicanalítico. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1915a) Observações sobre o amor transferencial. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1915b) Os instintos e suas vicissitudes. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1915c) O inconsciente. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1917a) Resistência e Repressão. In: Conferências Introdutórias sobre psicanálise (1916-1917 [1915-1917]). **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. ([1914] 1918) História de uma neurose infantil. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. ([1918]1919) Linhas de progresso a terapia psicanalítica. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1919) Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1923) O Ego e o id. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1925 [1924]) Um estudo autobiográfico. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1926[1925]) Inibição, sintoma e angústia. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1937a) Análise terminável e interminável. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1937b) Construções em Análise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1940 [1938]) Esboço de psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1940b [1938]) A divisão do ego no processo de defesa”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

GARDINER, M. (Org.). L’Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même. Paris: Gallimard, 1981.

GARCIA, C. A. (2010). Trauma e narcisismo Negativo: Questões para a clínica contemporânea. In: Cardoso, M. R. & Garcia, C. A. (eds.). Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

HAYNAL, A. (1988). A técnica em questão: controvérsias em psicanálise: de Freud e Ferenczi a Michael Balint. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.

_____. (2002). *Disappearing and reviving: Sándor Ferenczi in the History of Psychoanalysis*. London, Karnac, 2002.

HERRMANN, F. Análise didática uma história feita de críticas. In: *Jornal de Psicanálise*. v. 41, n.74, p. 71-111, São Paulo, 2008.

KING, P. & STEINER, R. (Org.). *As controvérsias Freud-Klein 1941-1945*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

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

_____. (2019a). A virada de 1928: Sándor Ferenczi e o pensamento das relações de objeto na psicanálise. *Cad. psicanal.* vol.41 no.40 Rio de Janeiro jan./jun. 2019.

_____. (2019b). A virada de 1928 e os princípios para uma ética do cuidado em psicanálise. In: *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagadoni, 2019.

_____. (2019c) *A Verleugnung: o desmentido e as dimensões relacional e social do trauma*. In: *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagadoni, 2019.

Larousse Médical Illustré (1912). “Histeria”. In. BERLINCK, Manoel Tosta (org.). São Paulo: Editora Escuta, 1997.

LEJARRAGA, A. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. In: *Natureza Humana*. v.10 n.2 São Paulo dez. 2008

MEZAN, R. *O tronco e os ramos - Estudos de história da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

MCGUIRE, W. (1976). *Freud/Jung: correspondência completa*. Rio de Janeiro: Imago.

NAFFAH NETO. Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. Nat. hum. vol.12 no.2 São Paulo, 2010.

OGDEN, T. (2010) Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: Esta arte da psicanálise. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. (1994). Os sujeitos da psicanálise. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996

PEIXOTO JUNIOR, C. A. Michael Balint: a originalidade de uma trajetória psicanalítica. Rio de Janeiro: Revinter, 2013.

PHILIPS, A. (2006). *Winnicott. Aparecida*, São Paulo: Ideias & Letras.

PINHEIRO, T. Ferenczi: do grito à palavra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: Ed UFRJ, 1995

RANK, O. (1924). O trauma do nascimento: e seu significado para a psicanálise. São Paulo: Cienbook, 2016

REIS, E. (2017). Corpo e memória traumática. In. Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política / Eliana Schueler Reis, Jô Gondar. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2017.

ROUSSILLON, R. L'aventure technique de Ferenczi. In: Bokanowski, T., Kelley-Lainé, K., Pragier, G. (dir.) Sándor Ferenczi. Monographies de la Revue française de psychanalyse, Paris: PUF, p. 99-110, 1998.

SABOURIN, P. Sándor Ferenczi, un pionnier de la clinique. Paris, Éditions CampagnePremière, 2011.

SERPA Jr, Octavio Domont (2010). O degenerado. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.447-473

STEWART, H. (1996). Michael Balint Objects Relations Pure and Applied. Routledge, London, 1996.

SOUZA, O. (2013). As relações entre psicanálise e psicoterapia e a posição do analista. In: Figueiredo, L. C., Savietto, B. B., Souza, O. (orgs). Elasticidade e limite na clínica contemporânea. São Paulo, Editora Escuta, 2013.

WINNICOTT, D. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In. **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1947). O ódio na contratransferência. In. **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1953 [1951]). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In. **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1953[1952]) Psicose e cuidados maternos. In. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2000.

_____. (1954a) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2000.

_____. (1954b) Retraimento e regressão. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. (1956a) A preocupação materna primária. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. (1956b) A tendência antissocial. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. (1956c) Formas clínicas da transferência. **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1958a) A análise da criança no período de lactência. In: **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artmed, 1983.

_____. (1958b) Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1959) Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?. In: **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artmed, 1983.

_____. (1960) Distorções do ego em termos de falso e verdadeiros self. In: **Ambiente e os processos de maturação**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1983, pp.128-139.

_____. (1962a) A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artmed, 1983.

_____. (1962b) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artmed, 1983.

_____. (1962c) Provisão para a criança na saúde e na crise. In: **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artmed, 1983.

_____. (1963a) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artmed, 1983.

_____. (1963b). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: **O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. (1963c) Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artmed, 1983.

_____. (1963d) Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. (1964). O recém-nascido e sua mãe. In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1965a) O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

_____. (1965b) A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. (1967/1994). Pós-Escrito: D. W. W. sobre D. W. W. In: **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. (1967/1999). O conceito de indivíduo saudável. In: **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1967/2019). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Ubu Editora, 2019.

_____. (1968/1999) A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo. Editora Martins Fontes, 1999.

_____. (1968a/1994) A interpretação na psicanálise. In: **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994

_____. (1968b/1994). O Uso de um Objeto e o Relacionamento através de Identificações. In: **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

_____. (1969). A liberdade. In: **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1970a). A dependência nos cuidados infantis. In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1970b). Vivendo de modo criativo. In: **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1970c). A cura. In: **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1970a/1994) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. (1970b/1994) Individuação. In. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. (1971). O brincar e a realidade. São Paulo: Ubu Editora, 2019.

_____. (1971/1984) Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. (1974 [1963]) O medo do colapso. In. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

_____. (1979) Introdução. In. **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artmed, 1983.

_____. (1988). Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990