

O MANEJO CLÍNICO DE “CASOS DIFÍCEIS”: HERANÇA E ATUALIDADE DE SÁNDOR FERENCZI NAS ABORDAGENS DE WINNICOTT E BALINT.

Eduardo Cavalcanti de Medeiros (Lattes)*
Carlos Augusto Peixoto Junior (Lattes)**

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo central explicitar como os remanejamentos teóricos e reformulações técnicas de Ferenczi, que foram, posteriormente, ampliados por Michael Balint e Donald Winnicott, podem ser tomados como norteadores para pensarmos os impasses da clínica contemporânea. Nesse sentido, buscaremos destacar como a ênfase que esses autores conferem à regressão em análise e a uma postura mais empática e acolhedora do analista constituem importantes balizas para o manejo clínico com os pacientes cujo sofrimento psíquico não está referido ao modelo da neurose.

Palavras-chave: Ferenczi; Winnicott; Balint; clínica.

ABSTRACT

The aim of this article is to discuss how Ferenczi's theoretical changes and technique reformulations, which were amplified by Michael Balint and Donald Winnicott, can be taken as a possible guide to think the difficulties in contemporary clinic. In this sense, we will seek to highlight the emphasis that these authors give to regression in analysis and in a more empathetic and welcoming attitude of the analyst as an important boundary for handling with patients whose psychic suffering is not referred to the neurosis model.

Keywords: Ferenczi; Winnicott; Balint; clinic.

RÉSUMÉ

Ce travail vise essentiellement à expliquer comment les reformulations théoriques et de la technique de Ferenczi, qui ont été plus tard étendu par Michael Balint et Donald Winnicott, peuvent être considérées comme un guide pour penser les impasses de la clinique contemporaine. En ce sens, nous chercherons à mettre en évidence la façon dont l'accent que ces auteurs donnent à la régression dans l'espace analytique, à une attitude plus sympathique et accueillant de l'analyste, sont des directions très importants pour la prise en charge clinique des patients dont la souffrance psychique se distingue du modèle de la neurose.

Mots-clés: Ferenczi; Winnicott; Balint; clinique.

IMPASSES DA CLÍNICA CONTEMPORÂNEA

Para delimitarmos a problemática da clínica contemporânea se faz necessário explicitar, antes de tudo, conforme sublinhado por Garcia (2010), que a sua especificidade diz respeito à fragilização dos limites psíquicos: egóicos e intersubjetivos. Nesses quadros marcados por uma frágil constituição psíquica -narcísica e dos processos de simbolização- o 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, Garcia (2010) 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. De acordo com Souza (2013), esse tipo de experiência clínica impõe uma série de impasses à técnica psicanalítica clássica, pois o que se nota é a predominância de aspectos referentes à:

desfusão pulsional, concebida como uma ameaça desagregadora que impede o funcionamento expressivo do processo primário e do princípio do prazer e que resulta na repetição de experiências traumáticas e na adoção de defesas primárias e empobrecedoras (...) que nada deve ao retorno do recalado. (Souza, 2013, p. 24)

No âmbito das alterações mais significativas na técnica psicanalítica, podemos constatar que estas surgem a partir de 1920, ou seja, concomitante à investigação do excesso pulsional, que invade o aparelho psíquico e se configura como uma marca psíquica que retorna sob a forma da compulsão à repetição (Freud, 1920/1976c). Nesta perspectiva, o problema teórico-clínico está menos relacionado com a expressão do inconsciente no consciente via representação, através das formações do inconsciente e do retorno do recalado, do que com a problemática da promoção de ligações, isto é, das simbolizações em análise (Souza, 2013).

Freud, diante destas questões, procura então, em “Análise terminável e interminável” (1937/1975a), explicitar suas interrogações relativas às dificuldades e até mesmo aos limites do método e da prática psicanalítica. E, posteriormente, em “Construções em Análise” (1937/1975b), propõe a alternativa de uma construção e comunicação, pelo analista, de fragmentos narrativos, abrindo a possibilidade de uma ampliação da clínica com casos que se mostravam mais resistentes a técnica psicanalítica, por exemplo, as psicoses. Contudo, de uma maneira geral, podemos notar que, em seus escritos técnicos, cuja finalidade é a formação de novos analistas e a difusão da prática analítica, predominam os casos de neurose como modelos exemplares à técnica psicanalítica (1912/2006a, 1912/2006b, 1913/2006c, 1914/2006d). Nesse sentido, poderíamos considerar que os elementos que constituem a técnica psicanalítica, tais como a associação livre enquanto regra fundamental, o princípio de abstinência e a interpretação como a ferramenta principal do analista, se justificam a partir do manejo clínico com pacientes neuróticos (Freud, 1914/2006d).

Segundo Souza (2013), a questão central relativa aos impasses técnicos da clínica contemporânea é que ela é composta, predominantemente, por pacientes não neuróticos: *borderlines*, pacientes limítrofes, 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, por um sofrimento que não traz a marca da conflitualidade e cujo dinamismo psíquico não se encontra balizado hegemonicamente pela lógica do recalque. Em contrapartida, esses quadros trazem à tona toda uma problemática acerca das falhas nos processos iniciais de simbolização, o que, por sua vez, lança luz sobre a importância do estudo acerca dos primórdios da constituição subjetiva, e, principalmente, da qualidade do ambiente nesses estágios mais iniciais. Essa mudança de paradigma, em favor de patologias nas quais os processos iniciais de simbolização são falhos, requer um importante remanejamento da técnica psicanalítica, que pode ser encontrado, sobretudo, nos trabalhos de Sándor Ferenczi e, posteriormente, em Michael Balint e Donald Winnicott.

OS IMPASSES CLÍNICOS E REFORMULAÇÕES TÉCNICAS DE SÁNDOR FERENCZI

Ferenczi, partindo de uma clínica composta por “pacientes difíceis”, experimenta uma série de reformulações técnicas que visam à ampliação da intervenção psicanalítica para os casos clínicos que eram considerados não analisáveis ou situados nos limites do analisável, como os casos psicossomáticos e as neuroses narcísicas (Sabourin, 2011).

Em um primeiro momento, Ferenczi busca obter êxito respeitando ao seu modo as coordenadas fundamentais da técnica psicanalítica clássica. Assim, intensificando a situação de frustração, balizado pelo princípio de abstinência, a técnica ativa lograva, através de injunções e proibições, restituir a

regra fundamental da associação livre sempre que uma resistência se mostrava intransponível através da interpretação (Ferenczi, 1919/2011a, 1921/2011b).

De uma maneira mais detalhada, podemos acompanhar que Ferenczi encontra-se apoiado na concepção de Freud a respeito da frustração como condição do adoecimento neurótico e do princípio de abstinência como regra que possibilita a melhor condução do tratamento psicanalítico (Freud, 1914/2006d). Em outras palavras, Ferenczi se baseia na tese freudiana de que foi uma frustração (*Versagung*) que tornou o paciente doente, e que seus sintomas servem-lhe de satisfações substitutivas. Nesse sentido, torna-se necessário conduzir o tratamento psicanalítico de tal modo que a libido do paciente, uma vez liberada de suas formas cristalizadas de satisfação, não reinvesta imediatamente outros objetos. Essa energia libidinal deve ser direcionada para as finalidades do tratamento, o que implica em um não atendimento das demandas de satisfação do paciente. Freud no artigo “Observações sobre o amor transferencial” (1915/2006e) aborda explicitamente a questão da abstinência como um princípio quando escreve que:

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. (Freud, 1915/2006e, p. 182)

Em 1919, em *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (Freud, 1919[1918]/1976b), Freud defende a sua tese de que a análise deve ser conduzida dentro de uma situação de frustração e acrescenta um elemento importante para o nosso entendimento da técnica ativa. Freud explicita que se o sofrimento do paciente se atenua depressa demais, uma vez que os sintomas foram afastados, “devemos restabelecê-lo alhures, sob a forma de alguma privação apreciável” (Freud, 1919[1918]/1976b), p. 205). Caso contrário, Freud complementa, as melhoras no tratamento serão sempre insignificantes e transitórias. Podemos apresentar como um exemplo o caso clínico do “Homem dos lobos”, publicado em 1918. O reestabelecimento do sofrimento através da intensificação da situação de frustração se dá quando Freud, com o intuito de superar as resistências desse paciente, determina uma data para a conclusão do tratamento (Freud, 1918 [1914]/1976a). Essa medida ativa tomada por Freud será então apropriada por Ferenczi para a constituição da técnica ativa.

Em “Dificuldades técnicas de uma análise de histeria” (1919/2011a), Ferenczi apresenta o conhecido caso de uma paciente que possuía o hábito de cruzar as pernas durante as sessões, apertando as coxas, uma contra a outra. Ferenczi observa esse gesto e o compreende como uma possível forma de masturbação. Assim, o apertar as coxas em determinados momentos da sessão poderia ser entendido como uma maneira escamoteada de descarregar as moções inconscientes, permitindo passar apenas fragmentos inutilizáveis no material associativo. Ferenczi então, a partir de uma injunção, a impede de continuar essa prática. Essa atividade do analista teve como efeito tanto um aumento de tensão para a paciente como a emergência de fragmentos de lembranças que indicavam as circunstâncias traumáticas de sua doença. Podemos acompanhar como esse exemplo se encontra apoiado na concepção freudiana de que os sintomas são gerados e mantidos pela libido recalçada, constituindo-se assim a atividade sexual do paciente (Freud, 1905/1989). Nesse sentido, nada mais correto que procurar “desvincular a libido das suas formas cristalizadas de satisfação, e ‘convoca-la’ para as finalidades do tratamento” (Mezan, 2014, p. 291).

Em termos econômicos, a atividade do analista incide tanto em manifestações corporais como psíquicas em que a libido encontra-se encastelada em formas “larvares” de masturbação. Ao proibir essas satisfações, o analista colocaria a libido mais uma vez em circulação no intuito de reinvestir o trabalho analítico, desestagnando o processo de associação livre e permitindo a recuperação de lembranças patógenas. A atividade busca, então, “provocar uma nova distribuição da energia psíquica do paciente (em primeiro lugar, de sua energia libidinal), suscetível de favorecer a emergência do material recalçado” (Ferenczi, 1921/2011b, p. 132). De forma sucinta, a hipótese de Ferenczi é de que se a análise se encontra estagnada, ou seja, se o paciente não traz nenhum material

novo que possa ser conduzido às recordações patógenas, a libido então deve se encontrar fixada a certos elementos psíquicos/corporais dos quais é preciso resgatá-la. Caso o método interpretativo tradicional se mostre ineficaz à promoção desse resgate, cabe ao analista tomar medidas ativas.

Desta maneira, Ferenczi buscava inserir no processo analítico formações sintomáticas que se encontravam “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). Assim, ele pensa a técnica ativa como uma ferramenta que busca colocar “os pacientes em condições de melhor obedecer à regra de associação livre (...) e chega-se assim a provocar ou acelerar a investigação do material psíquico inconsciente.” (Ferenczi, 1921/2011b, p. 117).

Cabe aqui destacarmos que a investigação pretendida por Ferenczi diz respeito aos eventos traumáticos que, na atualidade da transferência, seriam revividos para, em seguida, serem interpretados. É nesse sentido que, para o autor, “a técnica ativa apenas desempenha o papel de agente provocador cujas injunções e proibições favorecem repetições que cumpre em seguida interpretar ou reconstituir nas lembranças” (Ferenczi, 1921/2011b, p.135).

No entanto, o que Ferenczi pôde notar foi que, ao recrudescer a situação de frustração, a relação analista-paciente acabava reproduzindo a experiência traumática em sua pior perspectiva, que seria, justamente, a repetição de uma situação de submissão (Ferenczi, 1926/2011d). Assim, em sua revisão acerca dos efeitos da técnica ativa, ele afirma que a atividade leva “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, 1926/2011d, p. 404).

Atento às vicissitudes dos processos dinâmicos 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 um forte empecilho para o sucesso da análise. 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, 1930/2011h, p. 67)

Assim, ele se vê diante de uma série de casos em que princípio essencial da análise, o da abstinência, provoca uma série de efeitos iatrogênicos; e o acúmulo de casos semelhantes impossibilita que sejam desconsiderados e tomados como uma exceção à regra (Ferenczi, 1928/2011f, 1930/2011h). Em outras palavras, Ferenczi percebe que a radicalização da situação de frustração, balizado pelo princípio de abstinência, e o aumentado de tensão propostos pela técnica ativa impediam que os pacientes encontrassem “outra solução mais saudável, para os conflitos agora revivenciados na transferência” (Mezan, 2014, p. 345).

Nesse momento, o problema que se impõe para Ferenczi é o de conceber uma prática clínica que não produzisse uma repetição fiel da experiência traumática, o que lhe conduz a uma redução das exigências de trabalho por meio de uma flexibilização das regras inerentes à técnica e uma adaptação empática às particularidades de cada analisando (Ferenczi, 1927/2011e; 1928/2011f). Assim, Ferenczi se dirige para uma abordagem distinta da atividade inicial, pautada agora na elasticidade da técnica e no tato.

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

Nesse sentido, o tato é concebido como uma ferramenta que permite ao analista avaliar quando e como comunicar algo ao paciente para que não haja um recrudescimento da resistência. O trabalho do analista vai se configurando, então, como uma “oscilação perpétua entre ‘sentir com’, auto-observação e atividade de julgamento” (Ferenczi, 1928/2011f, p. 38) para que, enfim, haja o momento da interpretação.

Essa mudança de abordagem ganha relevo no artigo “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930/2011h), no qual o psicanalista húngaro afirma que suas reformulações teórico-clínicas visam à criação de uma “atmosfera psicológica” favorável 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 (Ferenczi, 1930/2011h). Este elemento que confere a distinção entre passado e presente, no entanto, “não pode provir dele [do paciente], visto que está a revivê-los. [Ele] procede do ambiente, moldado pelo analista” (Mezan, 2014, p. 349).

Ferenczi destaca alguns elementos que constituem essa atmosfera, por exemplo, a distensão e a confiança. Esses elementos dependem do que o autor (1930/2011h) define como uma atitude amistosamente benevolente (*freundlichwohlwollende*) por parte do analista, e que precisa ser sentida pelo analisando como uma sincera expressão afetiva. Preocupado com a repetição demasiado literal da experiência traumática, Ferenczi busca, na situação analítica, a manutenção de uma atmosfera sincera e confiável, ou seja, distinta daquela na qual se constituiu o trauma. Nesse sentido, Ferenczi destaca que não se deve tratar o paciente com uma severidade ou um amor fingido, deixando de respeitar a principal regra da psicanálise que é a sinceridade (Ferenczi, 1930/2011h). Em seu “Diário clínico” (1932/1990) ele indica, por exemplo, em uma nota de 7 de janeiro de 1932, 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). Assim, como explicita Mezan (2014), o objetivo de Ferenczi ainda é vencer as resistências, mas agora em um sentido oposto ao da técnica ativa, pois “em vez de aplicar uma contra força, aposta na diminuição da necessidade de se proteger estimulando o desenvolvimento da confiança na benevolência do analista” (Mezan, 2014, p. 346).

O acesso ao núcleo traumático permitido pelo relaxamento forçou Ferenczi a redefinir o espaço analítico. Este será apresentado no artigo “Análises de crianças com adultos” (1931/2011i) como um espaço de jogo, aproximando a análise com crianças da análise com adultos. De maneira mais detalhada, as regressões possibilitadas pelo relaxamento permitiram a expressão, no *setting*, de impressões primitivas de eventos traumáticos. Impressões que remetem a um período não verbal, onde o corpo é o plano de inscrição primordial, e as sensações corporais experimentadas pelos pacientes podem ser tomadas como indícios dos acontecimentos traumáticos. Em seu “Diário clínico” (1932/1990), Ferenczi descreve essa articulação entre corpo e trauma da seguinte maneira:

nos momentos de grande aflição, em face dos quais o sistema psíquico não está à altura (...), forças psíquicas muito primitivas despertam e são elas que tentam controlar a situação perturbada. Nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar. (Ferenczi, 1932/1990, p. 37)

No âmbito da técnica, essas manifestações sintomáticas não justificam o enfoque dado ao trabalho de rememoração, uma vez que não se pode rememorar “algo que nunca foi consciente” (Ferenczi, 1932/1990, p. 305). Nesse sentido, a utilização da interpretação como meio de acesso ao material recalçado não obteria nenhum êxito terapêutico, pois essas lembranças não remetem a um evento no passado que sofreu a ação do recalque. Frente a esse impasse técnico, podemos destacar a análise pelo jogo como uma tentativa de intervir psicanaliticamente nessas manifestações não verbais. Para Ferenczi:

o que é curioso, neste jogo, é não só que certas partes do corpo, como os dedos, as mãos, os órgãos genitais, a cabeça, o nariz, os olhos, tornam-se representantes da pessoa toda e a cena onde todas as peripécias de sua própria tragédia são representadas e levadas à conciliação, mas também que se adquire através dele uma noção geral dos processos a que dei o nome de *autoclivagem narcísica*, na

própria esfera psíquica, (Ferenczi, 1931/2011i, p. 88, grifo do autor)

Podemos destacar que a atmosfera produzia pelo princípio de relaxamento e o manejo pautado no jogo, sustentado pelo analista, têm o intuito de acessar e criar possibilidades para a integração de certas partes cindidas da subjetividade. Estas, conforme sublinha Ferenczi, não se reduzem aos fragmentos de lembranças, mas se estendem ao que chamou de lembranças imobilizadas no corpo, que se expressam através das mais diversas sensações corporais (Ferenczi, 1934/2011k). De maneira geral, Ferenczi procurava investigar tudo o que se referia à memória de um período arcaico, incluindo “o lugar do não-representável, um lugar que não é o do recalçamento, [pois] está fora do espaço psíquico da representação pela impossibilidade de rememoração” (Fontes, 2002, p. 41).

Segundo Roussillon (1998), o princípio de relaxamento permitiu que o analista se endereçasse à criança que foi o paciente e que sobrevive no adulto que ele é agora. Mais precisamente, atenuando tanto o princípio de abstinência como a postura fria e objetiva do analista (próprias à neutralidade mais ortodoxa), Ferenczi consegue entrar em contato com a parte infantil do paciente que foi clivada. O jogo se configuraria, então, a partir da entrada do analista na dimensão infantil em que está o paciente regredido, o que, por sua vez, exige que a fala do analista seja “adaptada à inteligência de uma criança” (Ferenczi, 1931/2011i, p.83).

Permitindo-se jogar com seus pacientes, Ferenczi percebe que esses jogos continham mais de uma realidade grave da infância. Obteve 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, 1931/2011i, p. 83)

Para Kupermann (2008), o principal aspecto da análise como jogo é a maneira pela qual Ferenczi pensa a produção de sentido que se dá na situação analítica. O sentido se produz “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).

O material que emerge dentro dos limites do princípio de relaxamento e da modalidade de análise pelo jogo traz uma confirmação à hipótese ferencziana quanto à importância primordial do fator ambiental na etiologia das patologias psíquicas; o que se contrapõe fortemente à psicanálise de sua época, a qual, segundo o psicanalista húngaro, se apoiava quase que exclusivamente na origem intrapsíquica da neurose (Ferenczi, 1929/2011g; 1933/2011j).

Essa hipótese é defendida de forma corajosa no artigo “Confusão de línguas entre adultos e a criança” (1933/2011j), onde Ferenczi pensa a violência traumática que está em jogo na relação da criança com o adulto como efeito de uma confusão entre a linguagem da criança e a linguagem dos adultos, ou seja, quando a passionalidade dos adultos entra em confronto com a ternura da criança¹. Nesta dinâmica, Ferenczi destaca que “o pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada (...) é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico” (Ferenczi, 1931/2011i, p. 91).

Em seu “Diário clínico” (1932/1990), Ferenczi descreve o insuportável sentimento de solidão, desesperança e desamparo decorrentes do desmentido, uma vez que o ambiente/adulto, sobre o qual a criança depositava uma cega confiança, não pôde ajudá-la nem compreendê-la e, sobretudo, desacreditou do seu relato. Por ausência de defesas mais consistentes frente à situação traumática, o ego do infante tenta apagar definitivamente o acontecido por meio de uma regressão traumática. Assim, uma dor não experimentada ou anestesiada por meio de clivagens no ego tem o objetivo de fazer o sujeito retornar à tranquilidade anterior

1.- Neste confronto entre as linguagens da ternura e da paixão, Ferenczi destaca três tipos de situações traumáticas: o amor forçado, as medidas punitivas insuportáveis e o terrorismo do sofrimento (Ferenczi, 1933/2011j).

e não permitir o acesso ao psiquismo de partes insuportáveis da experiência traumática.

Em “Confusão de línguas entre adultos e a criança” (1933/2011j), Ferenczi apresenta uma segunda resultante das clivagens, a progressão traumática. Nesta, há uma destruição de uma parte do ego, deixando subsistir uma “outra que, de certo modo, sabe tudo, mas nada sente” (Ferenczi, 1931/2011i, p. 88). Nessas situações, o impacto provindo do ambiente acarreta uma clivagem da personalidade, fazendo com que o infante tenha que renunciar uma parte de seu ego e de seus afetos, para amadurecer prematuramente e poder suprir as falhas ambientais. Nas palavras do psicanalista húngaro:

uma aflição extrema e, sobretudo, a angústia da morte, parecem ter o poder de despertar e ativar de súbito disposições latentes, ainda não investidas, e que aguardavam tranquilamente sua maturação. A criança que sofreu uma agressão sexual pode, de súbito, sob a pressão da urgência traumática, manifestar todas as emoções de um adulto maduro, as faculdades potenciais para o casamento, a paternidade, a maternidade, faculdades pré-formadas nela. Nesse caso, pode-se falar simplesmente, para opô-la à regressão de que falamos de hábito, de progressão traumática (patológica) ou de prematuração (patológica). Pensa-se nos frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais, quando o bico de um pássaro os fere, e na maturidade apressada de um fruto bichado. (Ferenczi, 1933/2011j, p.119)

Assim, o destaque que Ferenczi dá ao desmentido enquanto o fator traumático por excelência reforça a sua concepção de que o ambiente tem uma importância crucial, tanto no sentido da constituição da experiência traumática patológica quanto no amortecimento e possível anulação de seu impacto (Ferenczi, 1931/2011i, 1932/1990, 1933/2011j). É nesse sentido que Ferenczi destaca que:

tem-se mesmo a impressão de que esses choques graves são superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estiver presente, com toda a sua *compreensão*, sua *ternura* e, o que é mais raro, uma *total sinceridade*. (Ferenczi, 1931/2011i, p. 91, grifo nosso)

No âmbito da clínica, podemos sublinhar que, no período de 1928-1933, Ferenczi passa a conceber a situação analítica como um espaço onde regressões - cada vez mais profundas e terapêuticas - possam ser realizadas, e onde o analista está presente com seus afetos e tato. Neste modelo, a ênfase é colocada na função de acolhimento exercida pelo ambiente, para que haja a possibilidade de ocorrer uma regressão terapêutica profunda, que retorne ao momento de ternura anterior à invasão passional. Para isso, o analista deve “adotar uma atitude empática, calorosa, permissiva, sincera, destinada a oferecer ao analisante um outro resultado ao trauma (do passado)” (Roussillon, 1998, p. 105). Trata-se de certas atitudes do analista que visam o estabelecimento de uma atmosfera de confiança, sendo esta o elemento que marca o “*contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico*” (Ferenczi, 1933/2011j, p. 114, grifos do autor).

Após essa breve exposição, temos alguns elementos importantes para serem sublinhados. A clínica com os pacientes difíceis fez com que Ferenczi traçasse outras coordenadas e princípios para técnica psicanalítica. Em outras palavras, Ferenczi problematiza a técnica psicanalítica clássica quando passa a articulá-la a 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 traumático. A partir dessa problematização, podemos ver como a confiança, a sinceridade e o relaxamento passam a se configurar como elementos centrais para se produzir uma atmosfera distinta àquela da experiência traumática. Essa atmosfera de confiança é, então, criada a partir de uma flexibilização das regras inerentes à técnica e de uma adaptação empática às particularidades de cada analisando (Ferenczi, 1927/2011e, 1928/2011f), ou seja, a partir de uma elasticidade da técnica e do tato do analista.

A AMPLIAÇÃO DAS TESES FERENCZIANAS: DONALD WINNICOTT E MICHAEL BALINT

A obra de Winnicott, desenvolvida anos após o falecimento de Ferenczi, em 1933, aprofunda muitos aspectos do estilo clínico ferencziano, dentre eles: a importância da adaptação ativa do ambiente, da regressão terapêutica e do jogo.

Em relação à adaptação ativa do ambiente, Winnicott retoma a tese de Ferenczi (1927/2011e, 1929/2011g, 1933/2011j) e faz dela a pedra angular de sua concepção do desenvolvimento emocional primitivo (Kupermann, 2008). À sua maneira, Winnicott utiliza o termo dependência para formular como se dão 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 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. Constitui-se, nesse estágio, uma unidade dual entre a mãe e o bebê.

Em seu artigo sobre “A preocupação materna primária” (1956/2000b), 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 sua dependência em relação a ela. Nesse momento 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, 1956/2000b, p. 335)

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, 1956/2000b, p. 403). A mãe deve ser suficientemente boa e capaz de exercer a função que Winnicott denominou de *holding*. Thomas Ogden, em “Sobre sustentar e conter, ser e sonhar” (2010), define o *holding* como um conceito ontológico relacionado com o 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). Desta 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 lactente.

Na dependência relativa, a criança passa a tomar consciência de sua condição dependente. Nesse momento, começa a surgir uma capacidade de adaptação por parte do bebê a uma falha gradual e a desadaptação gradativa do estado anterior. Segundo Winnicott,

quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade [do bebê] de crer em sua sobrevivência, aparece a ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe. Antes disso, se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade especial para evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos. (Winnicott, 1963/2008b, p. 84)

O estágio 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, marcando 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. Nesse sentido, estaremos sempre em um processo de amadurecimento que nunca se encerra, logo, nos deixando sempre dependentes em alguma medida.

Partindo da sua concepção do processo de desenvolvimento emocional, Winnicott relata, por exemplo, que 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*, 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 não possuir conexão alguma com o corpo e, por fim, de carecer de orientação (Winnicott, 1962/2008a).

Para o psicanalista inglês, 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*, exigem do bebê reações defensivas que, dependendo da intensidade e do estágio do desenvolvimento do infante, podem produzir severas distorções na organização egóica. Essas reações às falhas ambientais provocam rupturas na continuidade do ser do bebê, que, em um estágio tão primitivo do desenvolvimento, são vividas como agonias que não podem ser nomeadas, pensadas, representadas, nem integradas. Nessa perspectiva, a experiência traumática se apresenta como a instauração de cortes e pontos de fixação na continuidade do ser do bebê, o que acarreta uma abrupta maturação do psiquismo em seus estágios mais primitivos.

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, 1933/2011j). 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.

Na clínica pensada por Winnicott, a regressão se apresenta como uma ferramenta terapêutica fundamental para alcançar esses estágios de dependência característicos da relação primordial mãe-bebê, pois apenas assim há “uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra, esse mesmo desenvolvimento que havia sido inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente” (Winnicott, 1954/2000a, p. 378). 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, sobreviver aos seus ataques e se adaptar às suas necessidades, por mais regredidas que sejam. Nesse ponto, torna-se importante ressaltar que Winnicott pensa as necessidades do paciente em estado de regressão, como correlatas ao estágio de dependência absoluta. Assim, elas devem ser entendidas como necessidades psíquicas primárias do paciente/bebê e não como desejos sexuais, os quais são posteriores genealogicamente (Winnicott, 1954/2000a).

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 visa, como objetivo terapêutico, à 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, 1954/2000a, p. 378).

O manejo clínico winnicottiano nessas situações de regressão se constitui a partir de um brincar mútuo, em que o analista precisa entrar em contato com o paciente de uma maneira empática. Como pontua Kupermann (2008), o desenvolvimento winnicottiano de uma abordagem terapêutica através do brincar estabelece uma continuidade ao estilo clínico inaugurado por Ferenczi, pois um dos maiores objetivos da análise pelo jogo era falar com a criança que habita o paciente e não falar da criança pela interpretação.

De maneira geral, a partir dessa breve exposição, podemos constatar que a importância conferida à qualidade do encontro afetivo que se estabelece no processo terapêutico é uma característica marcante nas obras de Ferenczi e Winnicott, pois, cada um à sua maneira, apresenta colaborações importantes sobre o manejo com pacientes severamente traumatizados. Outro ponto igualmente comum e com possíveis complementaridades entre os autores se encontra no estudo acerca dos mecanismos de defesa primitivos e de seus efeitos no psiquismo. Assim, tendo apresentado a maneira pela qual Winnicott retomou certas teses ferenczianas e as ampliou, passemos agora para Michael Balint, cujo desenvolvimento teórico-clínico se encontra igualmente pautado em uma clínica composta por pacientes cuja problemática psicopatológica se situa nos primórdios da constituição subjetiva.

Desde seus primeiros trabalhos, Balint (1932/1952a) retoma a trilha aberta por Ferenczi e questiona os princípios de abstinência e 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. Não se trata de satisfazer todas as demandas do paciente, mas de observar qual a forma tomada pela regressão na relação transferencial. Assim, Balint distingue dois tipos de regressão que podem ocorrer em análise: a regressão maligna, que é caracterizada por uma insaciabilidade e voracidade com fins de gratificar os impulsos pulsionais, e a regressão benigna, que se direciona para o que Balint denomina de novo começo, ou seja, uma regressão que conduz a uma progressão não traumática. 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 a qual, segundo o autor, 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*.

A partir dessas concepções, podemos acompanhar como Balint, desde seus primeiros escritos, confere um lugar central à criação de uma atmosfera analítica de confiança, que facilite uma regressão ao estágio de inocência, a um período no qual as defesas ainda não estão definidas. É nesse sentido que ele afirma que, no curso do tratamento, os pacientes precisam se tornar “capazes de se entregar ao amor, ao prazer, ao divertimento, tão destemida e inocentemente quanto foram capazes de fazer em sua primeira infância” (Balint, 1932/1952a, p. 162).

Podemos constatar o quanto as ideias de regressão benigna e de novo começo são tributárias do ensino de Ferenczi. Em “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929/2011g), por exemplo, Ferenczi ressalta que a análise deve criar condições de possibilidade para que o paciente desfrute pela primeira vez da “irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo” (Ferenczi, 1929/2011g, p. 51). O que Ferenczi está sublinhando é o papel do analista na criação de uma atmosfera em que haja certo nível de relaxamento, de *laissez-faire*, distinta daquela da experiência traumática. Essa atmosfera de confiança será criada a partir do atendimento de certas demandas dos pacientes. Apenas dessa maneira eles teriam a possibilidade de viver aquilo que não foi vivido devido ao trauma. Em “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930/2011h), Ferenczi faz ressalvas ao princípio de relaxamento que são análogas à preocupação de Balint acerca da gratificação de exigências pulsionais (malignas), advertindo que, em situações regressivas, “não será admitida a satisfação de desejos ativamente agressivos nem de desejos sexuais, assim como muitas outras exigências excessivas” (Ferenczi, 1930/2011h, p.76).

O acúmulo de experiências clínicas com a regressão benigna e o novo começo permitiram que Balint (1935/1952c) ampliasse a importância que Ferenczi atribuía ao ambiente para a constituição psíquica e emocional. Assim, partindo da hipótese levantada por Ferenczi em “Thalassa: ensaio sobre a teoria da

sexualidade” (1924/2011c), de que o primeiro estágio do desenvolvimento erótico do sentido de realidade é o estágio do amor de objeto passivo, Balint constata que os impulsos mais primitivos, mesmo aqueles descritos como autoeróticos, estão primeiramente ligados a um ambiente harmônico cujos objetos ainda não se encontram delimitados. Segundo Balint:

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, 1935/1952c, p.193)

De maneira mais detalhada, o amor primário é o estado que o indivíduo nasce, no qual se encontra imerso em uma “intensa relação com o seu entorno, tanto biológica, quanto libidinalmente” (Balint, 1967/1993, p. 61). A necessidade de ser amado incondicionalmente é a forma primária do amor, um tipo particular de relação de objeto, na qual ainda não há uma distinção nítida entre o eu e o mundo. Para Balint,

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, 1937/1952d, p. 98)

Essa relação objetal primária tem como base a relação mãe-bebê, na qual ambos se encontram em sintonia, sem a exigência de satisfações unilaterais. “Na verdade o que é bom para um vai bem para o outro” (Balint, 1935/1952c, p. 102). A fase do amor primário é marcada, portanto, por uma mistura interpenetrante harmoniosa. Em “Thrills and regressions”, de 1959, 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 encontra baseada 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 pessoais. Há, e deve haver, uma completa harmonia, i.e uma completa identidade de desejos e satisfações. (Balint, 1959/1987, p. 22)

Neste quadro, o investimento do entorno é primário em relação ao investimento narcísico, o qual adviria como uma reação ao rompimento ou a 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, interpretante, e paradoxalmente relacional constitui uma crítica que Balint faz a teorização de Freud sobre o narcisismo primário.

Em sua revisão da obra freudiana, o autor afirma que Freud conservou três pontos de vista distintos acerca do narcisismo primário. 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 auto-erótica. 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.

No trabalho “Sobre o Narcisismo: Uma introdução” (1914/1974), Freud apresenta uma segunda teoria sobre o narcisismo primário e as primeiras relações com o ambiente. Nesta nova concepção, o narcisismo surge como um estágio intermediário entre as pulsões auto-eróticas, presentes desde o início, e as futuras relações de objeto.

A última menção que Freud faz sobre esse tema se encontra no “Esboço de psicanálise” (1940[1938]/1975c), 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]/1975c, p. 176).

Diante dessas três visões freudianas acerca das relações mais primitivas com o ambiente, Balint ressalta a importância da observação clínica (Balint, 1967/1993, p. 59). Para ele, Freud conserva três teorias sobre os primórdios das relações objetais (amor objetal primário, autoerotismo e narcisismo primário) sem tomá-las como contraditórias ou excludentes. Assim, tal abordagem torna-se extremamente ampla e improdutiva clinicamente. Para Balint, 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, 1937/1952d).

Balint propõe, então, que coloquemos de lado as contradições inerentes ao conceito de narcisismo primário para podermos pensar em uma nova teoria sobre as relações mais primitivas com o ambiente. Assim, para além das definições que se pautam pelo conceito de narcisismo (primário ou secundário), Balint oferece outra possibilidade de reinvestimento libidinal igualmente primitivo, que resulta nas experiências ocnofílica e filobática com o entorno/ambiente.

De maneira sucinta, ocnofilia e filobatismo são termos criados por Balint para descrever experiências relacionadas ao amor primário. O tipo de experiência ocnofílica é caracterizada por um investimento primário cujo objetivo é aderir aos objetos emergentes frente à angústia de separação, introjetando-os. 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. De maneira distinta, a experiência filobática é marcada pela sensação de que os objetos são perigosos e constituem obstáculos à satisfação. Em “Thrills and regressions” (1959), 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)

Ambas as experiências trazem consigo, cada uma a sua maneira, uma vivência ilusória frente à emergência inesperada de um objeto perigoso com o qual, agora, será necessário negociar. O ocnofílico vive a ilusão de estar a salvo uma vez que se encontra colado ao objeto (*safeobject*). O filobata vive a ilusão de que o apego exclusivo ao seu equipamento lhe garante liberdade para circular com segurança frente aos perigos proporcionados pelos outros objetos. Essas duas concepções de experiências primitivas reforçam a hipótese balintiana de um mundo ainda mais primitivo, o do amor primário, caracterizado por uma harmoniosa mistura de substâncias. De acordo com este paradigma, o trauma se configura pela incidência de falhas na passagem dessa situação de harmonia originária da fase do amor primário para a constituição mais precisa e definitiva dos objetos, o que funda, então, a noção balintiana de falha básica (Balint, 1967/1993).

Em sua experiência clínica, Balint nota que, na medida em que seus pacientes regrediam em direção ao nível da falha básica, surgiam demandas de gratificações primitivas ao analista/ambiente. Tais pedidos consistiam em um tipo de demanda bastante específica, uma espécie de demanda de amor incondicional, que, embora libidinal, não seria propriamente erótica, e sim terna. Esta constatação permite que Balint pense certos fenômenos transferenciais como determinados pelas expressões filobáticas e ocnofílicas enquanto reação ao trauma, ou seja, como uma defesa contra o medo de ser abandonado.

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, dada a precocidade com relação ao período edípico, o manejo dessas experiências vinculadas à falha básica se diferencia dos preceitos da técnica clássica, no qual os pacientes “sentem a interpretação do analista como interpretação” (Balint, 1967/1993, p. 9), e se direciona para um modelo que acentua a presença do analista/ambiente em sua função de acolhimento das experiências regressivas.

Essas descrições nos permitem observar como Balint sublinha a importância do ambiente desde os primórdios da infância, uma vez que este constitui o entorno sobre o qual a criança estabelecerá suas primeiras relações objetais. Assim, é possível constatar que a ênfase no manejo clínico recai sobre a qualidade da relação que é estabelecida *no setting*, e tem como base a criação e manutenção de um ambiente de confiança, no qual o analista é o objeto para o qual o paciente irá transferir seus afetos mais primitivos. Isto só é possível com a preservação, por parte do analista, de uma “passividade elástica, com uma condução benevolente da transferência e com o controle de sua contra-transferência.” (Balint, 1933/1952b, p.178, grifo nosso). Elasticidade e benevolência, conforme vimos, constituem dois elementos centrais que compõem o campo fundamental de problematizações de Ferenczi acerca da regressão terapêutica e da atmosfera psicológica na situação analítica, sobretudo a partir do princípio de relaxamento e da neocatarse.

Considerações finais

Na esteira de Ferenczi, pudemos acompanhar como Winnicott e Balint, cada um à sua maneira, acentuam a dimensão primária da constituição subjetiva e extraem dela importantes consequências clínicas. Assim, uma vez que essa dimensão comporta experiências que estão para além da pura satisfação pulsional e que se expressam a partir de experiências afetivas de ternura, harmonia ou tranquilidade, mudanças em relação à posição do analista na dinâmica transferencial se fazem necessárias. Na perspectiva relacional-objetal, defendida por esses autores, 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.

Na clínica contemporânea, podemos acompanhar uma presença 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). Assim, torna-se patente a necessidade de reconfigurar os parâmetros da técnica a ser empregada nesses casos. Não se trata de um descarte do modelo clássico na condução de uma análise ou da dimensão pulsional da experiência, mas de uma exigência, surgida dos impasses clínicos, em se conceber uma técnica que esteja imbuída de uma teorização acerca dos aspectos primitivos da subjetivação, conforme aprofundado pelos aportes balintiano e winnicottiano.

O que nos interessa destacar com o presente trabalho é que na clínica psicanalítica contemporânea não se pode mais pensar em uma manutenção rigorosa do modelo de análise que se baseia, estritamente, na posição de neutralidade, atenção flutuante e interpretação, assim como tomar a regra da associação livre como um cânone. Os impasses suscitados pela clínica com pacientes limítrofes, *borderlines* e psicóticos exigem reformulações técnicas que levem em consideração as falhas primitivas na constituição psíquica e a necessidade de acolhimento de manifestações que não estão no âmbito do retorno do recalque ou da lógica do recalque.

Assim, buscamos explicitar como a mudança de paradigma inaugurada pelas contribuições teórico-clínicas de Ferenczi, e posteriormente ampliadas por Balint e Winnicott, podem nos ajudar a pensar os impasses técnicos contemporâneos. Nesse sentido, estamos de acordo com Souza (2013) quando ele afirma que os desenvolvimentos teóricos destes autores se tornaram imprescindíveis, uma vez que, na contemporaneidade, o papel do analista é “pensado mais em termos de acolhimento e sustentação de experiências traumáticas que se repetem, do que de neutralidade e atenção flutuante para a escuta das associações livres” (Souza, 2013, p. 21).

REFERÊNCIAS

- Balint, M. (1952a). Character Analysis and New Beginning. In Primary love and psychoanalytic technique (pp. 159-173). London: Hogarth. (Originalmente publicado em 1932)
- Balint, M. (1952b). On transference of emotions. In Primary love and psychoanalytic technique (pp. 174-187). London: Hogarth. (Originalmente publicado em 1933).
- Balint, M. (1952c). The final goal of psychoanalytic treatment. In Primary love and psychoanalytic technique (pp. 188-199). London: Hogarth. (Originalmente publicado em 1935).
- Balint, M. (1952d). Early developmental states of the ego: Primary object-love. In Primary love and psychoanalytic technique (pp. 90-108). London: Hogarth. (Originalmente publicado em 1937).
- Balint, M. (1987). Thrills and Regressions. Connecticut: International University Press. (Originalmente publicado em 1959).
- Balint, M. (1993). A falha básica: Aspectos terapêuticos da regressão. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1967).
- Ferenczi, S. (1990). Diário clínico. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente escrito em 1932 e publicado em 1985).
- Ferenczi, S. (2011a). Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 3, pp. 1-8). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1919).
- Ferenczi, S. (2011b). Prolongamentos da técnica ativa em Psicanálise. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol.3, pp. 117-135). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1921).
- Ferenczi, S. (2011c). Thalassa: ensaio sobre a teoria da sexualidade. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 3, pp.277-357). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1924).
- Ferenczi, S. (2011d). Contraindicações da técnica ativa. In: S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 3, pp.401-412). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1926).
- Ferenczi, S. (2011e). Adaptação da família à criança. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 1-15). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1927).
- Ferenczi, S. (2011f). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 28-42). São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Originalmente publicado em 1928).
- Ferenczi, S. (2011g). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 55-60). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1929).
- Ferenczi, S. (2011h). Princípio de relaxamento e neocatarse. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp.61-78). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1930).
- Ferenczi, S. (2011i). Análises de crianças com adultos. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 79-95). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1931).
- Ferenczi, S. (2011j). Confusão de línguas entre adultos e a criança. In: S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp.111-121). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1933).
- Ferenczi, S. (2011k). Notas e fragmentos. In S. Ferenczi, Obras Completas (Vol. 4, pp. 268-325). São Paulo: Martins Fontes (Originalmente publicado em 1934).
- Figueiredo, L. C. (2002). A tradição ferencziana de Donald Winnicott: Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. Revista Brasileira de Psicanálise, 36(4), 909-927.
- Fontes, I. (2002). Memória corporal e transferência: Fundamentos para uma psicanálise do sensível. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.

- Freud, S. (1974) Sobre o Narcisismo: Uma introdução. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 89-119). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente em publicado em 1914).
- Freud, S. (1975a). Análise terminável e interminável. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 241-287). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1937).
- Freud, S. (1975b). Construções em Análise. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 290-304). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1937).
- Freud, S. (1975c). Esboço de psicanálise. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 165-273). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1940[1938]).
- Freud, S. (1976a). História de uma neurose infantil. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 17, pp. 13-151). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente em publicado 1918 [1914]).
- Freud, S. (1976b). Linhas de progresso a terapia psicanalítica. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 17, pp.199-211). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919[1918]).
- Freud, S. (1976c). Além do princípio do prazer. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 18, pp. 13-85). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920).
- Freud, S. (1989). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. V, pp. 118-228). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (2006a). A dinâmica da transferência. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 109-119). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (2006b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 123-133). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (2006c). Sobre o início do tratamento. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1913).
- Freud, S. (2006d). Recordar, repetir e elaborar. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 163-171). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914).
- Freud, S. (2006e). Observações sobre o amor transferencial. In J. Strachey (Ed.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 175-188). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Garcia, C. A. (2010). Trauma e narcisismo negativo: Questões para a clínica contemporânea. In M. R. Cardoso & C.A Garcia(Orgs.). Entre o eu e o outro: Espaços fronteiriços (1ª ed., pp. 65-76). Curitiba: Juruá Editora.
- Haynal, A. (2002). Disappearing and reviving. In S. Ferenczi. The History of Psychoanalysis. London: Karnac.
- Kupermann, D. (2008). Presença sensível: Cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Lejarraga, A. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. In *Natureza Humana*, 10 (2), 115-148.
- Mezan, R. (2014). O tronco e os ramos: Estudos de história da psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras.
- Ogden, T. (2010). Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In *Esta arte da Psicanálise* (pp. 121-138). Porto

Alegre: Artmed.

- Peixoto Junior, C. A. (2013). Michael Balint: A originalidade de uma trajetória psicanalítica. Rio de Janeiro: Revinter.
- Roussillon, R. (1998). L'aventure technique de Ferenczi. In T. Bokanowski, K. Kelley-Lainé, G. Pragier (dir.) Sándor Ferenczi. Monographies de la Revue française de psychanalyse (pp. 99-110). Paris: PUF.
- Sabourin, P. (2011). Sándor Ferenczi, un pionnier de la clinique. Paris: Éditions Campagne Première.
- Souza, O. (2013). As relações entre psicanálise e psicoterapia e a posição do analista. In L. C. Figueiredo, B. B. Savietto, & Souza, O. (Orgs). Elasticidade e limite na clínica contemporânea (1ª ed., pp. 21-36). São Paulo: Editora Escuta.
- Winnicott, D. (2000a). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Originalmente publicado em 1954).
- Winnicott, D. (2000b). A preocupação materna primária. In Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas (pp.399-405). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Originalmente publicado em 1956).
- Winnicott, D. (2008a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In O Ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp.55-61). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1962).
- Winnicott, D. (2008b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In O Ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1963).

* Psicólogo (PUC-Rio); mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC- Rio); membro do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos (EBEP - Rio)

** Psicanalista; Professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio; membro do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos

Endereço para correspondência

Eduardo Cavalcanti de Medeiros
End.: Rua Doutor Girondino Esteves, 105
Rio de Janeiro, RJ, 22460-200.
Email: eduardocmed@gmail.com
Carlos Augusto Peixoto Junior
End.: Rua Belisario Távora, 521/102
Rio de Janeiro, RJ, 22245-070.

Postado em: Revista Subjetividades, vol.16 N° 2, Fortaleza ago. 2016

Versão eletrônica em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000200004&lng=pt&nrm=iso

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter-7