



Solange Maria Serrano Fuchs

**O sentido indizível em psicanálise:
Trauma e regressão terapêutica em
uma perspectiva relacional**

Tese de Doutorado

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

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Júnior



Solange Maria Serrano Fuchs

**O sentido indizível em psicanálise:
trauma e regressão terapêutica em
uma perspectiva relacional**

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

Prof. Carlos Augusto Teixeira Junior

Orientador

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Carlos Alberto Plastino

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof. Eduardo Rozenthal

CEPCOP - USU

Prof. Julio Sergio Verztman

Instituto de Psiquiatria - UFRJ

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 18 de março de 2016.

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

Solange Maria Serrano Fuchs

Graduou-se em Psicologia Clínica na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 1998. Título de Mestre em Psicologia Clínica na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 2011. Faz formação Psicanalítica na SPID- Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle.

Ficha Catalográfica

Fuchs, Solange Maria Serrano

O sentido indizível em psicanálise: trauma e regressão terapêutica em uma perspectiva relacional / Solange Maria Serrano Fuchs; orientador: Carlos Augusto Peixoto Júnior. – 2016.

204 f. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2016.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Trauma. 3. Regressão terapêutica. 4. Sentido. 5. Relações objetais. 6. Transferência. I. Peixoto Júnior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para Leonardo e Luiza,
com amor.

Agradecimentos

Ao Professor Carlos Augusto Peixoto Júnior pelo acolhimento, por propiciar o diálogo instigante através da leitura dos autores aqui trabalhados; por sua presença atenta, cuidadosa e rigorosa durante este processo.

À professora e coordenadora adjunta da pós-graduação Andrea Seixas Magalhães por seu empenho em tornar possível a realização de eventos e projetos, integrando as diferentes linhas de pesquisa da pós do departamento de Psicologia.

Às professoras Claudia Garcia, Flavia Sollero, Júnia Vilhena, Maria Inês Bittencourt, Lúcia Levy, Terezinha Féres-Carneiro pela dedicação, pelo incentivo durante este percurso.

À CAPES e à PUC-Rio pelos auxílios concedidos para a realização deste trabalho.

Aos professores que participaram da banca examinadora, Silvia Zornig, Eduardo Rozenthal, Carlos Alberto Plastino, Júlio Verztman e aos professores suplentes, Octavio Souza e Andrea Seixas Magalhães.

À Marcelina e Verinha pela ajuda e atenção de sempre.

Às amigas Carolina Mendes Campos, Ninfa Parreiras, Camila Drubscky, Luca e Marília e ao amigo Sergio Cepelowicz, que deixará saudades sempre.

À Ruth Goldenberg e Angela Coutinho pelo acolhimento e incentivo.

À minha família, pela paciência, compreensão e pelo estímulo neste percurso.

Aos meus pacientes, por me ensinarem a todo momento.

Resumo

Fuchs, Solange Maria Serrano; Peixoto Júnior, Carlos Augusto (Orientador). **O sentido indizível em psicanálise: trauma e regressão terapêutica em uma perspectiva relacional.** Rio de Janeiro, 2016. 204p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Trauma e regressão são dois conceitos que sempre suscitaram debates e mesmo controvérsias em Psicanálise. No decorrer da presente tese, procuramos analisar o desenvolvimento de ambos nas teorizações de Freud e de alguns dos principais teóricos das relações objetais precoces, dentre os quais destacam-se Donald Winnicott e Michael Balint, que, na esteira das mudanças operadas na teoria e na técnica analíticas por Sándor Ferenczi, ampliaram de forma original o escopo teórico em torno de determinados fenômenos clínicos que implicam em formas singulares de sofrimento subjetivo. Neste sentido, buscamos articular nossa reflexão com alguns outros conceitos fundamentais propostos por esses autores; mais especificamente, os conceitos de amor primário e falha básica em Balint, e os de *holding* e fenômenos transicionais em Winnicott. A partir daí, sustentamos que o pensamento teórico-clínico baseado no modelo relacional tem possibilitado uma melhor apreensão dos processos determinantes da constituição psíquica e das diferentes formas de subjetivação e elaboração do trauma, nas quais a compreensão da situação analítica como campo comum inconsciente passa a ser relevante para o processo terapêutico.

Palavras-chave

Trauma; regressão terapêutica; sentido; relações objetais; transferência; contratransferência.

Abstract

Fuchs, Solange Maria Serrano; Peixoto Júnior, Carlos Augusto (Advisor). **The unutterable sense in psychoanalysis: trauma and therapeutical regression within a relational perspective.** Rio de Janeiro, 2016. 204p. Doctorate Thesis – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Trauma and regression are concepts that have always raised some debate and controversy in Psychoanalysis. Throughout the present thesis, the development of both will be analyzed in Freud's theories and also in some of the main authors' on the early object relations, among which Donald Winnicott and Michael Balint stand out for improving the changes made in the analysis theory and techniques developed by Sándor Ferenczi. The two enlarged in an inventive way the theoretical scope around certain clinical phenomena that bring about unique subject suffering. In this line of thought, this paper aims to associate some reflection to other fundamental concepts proposed by these authors; more specifically, the concepts of primary love and of basic fault in Balint, and those of holding and transitional phenomena in Winnicott. On this ground, it can be concluded that the clinical-theoretical thinking based on the relational model has enabled a better apprehension of the processes which are essential in the psychic constitution and in the various ways to take power over and elaborate on trauma, in which understanding of the analytical situation, as an unconscious common ground turns out to be relevant for the therapeutical process.

Keywords

Trauma; regression therapeutical; sense; object relations; transference; countertransference

Sumário

1. Introdução	10
2. O trauma nas teorias freudiana e ferencziana	13
2.1. A noção de trauma em psicanálise	13
2.1.1. Freud e a questão do trauma	15
2.1.1.1. O contexto inicial da investigação de Freud	15
2.1.1.2. Os diferentes modelos na teoria freudiana	18
2.1.2. A reformulação da teoria do trauma na perspectiva de Ferenczi	42
3. A clínica psicanalítica diante do traumático em uma abordagem winnicottiana	56
3.1. O trauma na teoria de Winnicott	56
3.1.1. A relevância de sua teorização	56
3.1.2. Principais considerações da abordagem winnicottiano	58
3.1.3. O trauma cumulativo e a mãe morta	66
3.2. A abordagem clínica de Winnicott	70
3.2.1. A importância do <i>setting</i> e a questão da confiabilidade do analista	74
3.2.2. A interpretação e o silêncio	81
3.2.3. A dimensão transferência-contratransferência e o lugar do corpo e do afeto no desenvolvimento inicial e no âmbito psicoterapêutico	87
3.2.4. A questão da comunicação e da mutualidade	95
3.2.5. O brincar e a espontaneidade	101
4. A dimensão terapêutica e a regressão	107
4.1. O conceito de regressão em Freud	110
4.2. Ferenczi e o acolhimento da regressão na situação analítica	117
4.3. Balint – a regressão na situação analítica e o novo começo	133
4.4. Winnicott e a regressão à dependência	147
5. A importância do modelo relacional para uma abordagem psicanalítica do trauma e da regressão	156
5.1. O <i>setting</i> analítico – espaço intersubjetivo	162
5.2. Corpo e afeto – dimensão intersubjetiva	171
5.3. A empatia analítica	174
5.4. A realização simbólica e a transicionalidade	180
6. Considerações finais	188
7. Referências bibliográficas	193

A minha vida a mais verdadeira é irreconhecível, extremamente interior e não tem uma só palavra que a signifique.

Clarice Lispector

Introdução

Este trabalho analisa os diferentes sentidos que os conceitos de trauma e regressão receberam ao longo da investigação de Freud e nas teorias de Donald Winnicott, Michael Balint e outros autores que procuraram se aprofundar no estudo das relações de objeto. As mudanças operadas na clínica e na teoria psicanalíticas a partir das contribuições de Sándor Ferenczi levaram a uma nova concepção do trauma e a necessidade de se pensar em uma terapêutica adequada que visasse cicatrizar a ferida, ou tratar a criança traumatizada que o adulto carrega dentro de si. Os autores da Teoria das Relações de Objeto contribuíram muito para o desenvolvimento deste estilo de abordagem clínica que se preocupa com a qualidade da relação e sua influência nos processos ligados à constituição do psiquismo e à subjetivação no processo analítico. É claro que a psicanálise em todas as abordagens sempre esteve atenta a esta questão, principalmente nas reflexões referentes ao seu conceito de transferência. Entretanto o enfoque dado nas teorizações inspiradas pelo pensamento teórico clínico de Ferenczi, decorreram da necessidade de ampliar esta compreensão, investigar os processos presentes no campo transferencial, entendido como campo de acolhimento de sentidos não dizíveis, impressões sensíveis não nomeáveis para que sejam transformadas em figurações, imagens, compartilháveis que possam ser transpostas em palavras. Este campo de transformação de sensações em palavras tem sido o foco de reflexão atual em psicanálise. As atuações, repetições e toda a gama de atmosfera analítica decorrentes de processos de cisão patológica podem através da experiência de regressão terapêutica vivida na situação analítica produzir novos sentidos a partir de uma experiência construída sob uma base de confiança.

Procuramos apresentar as principais contribuições desenvolvidas por estes autores, tais como os conceitos de *holding* e preocupação materna primária, de Winnicott e os conceitos de amor primário, e falha básica de Balint. Tais conceitos se mostram determinantes para a abordagem teórico-clínica que visa tratar o trauma no processo de regressão na situação analítica.

Diversos autores na atualidade têm formulado reflexões e desenvolvido novos conceitos a partir da base formulada por Ferenczi e pelos autores da Teoria das Relações Objetais Precoces e procuramos discutir algumas destas novas formulações na parte final do trabalho. A discussão principal gira em torno da situação analítica e do campo comum de comunicação inconsciente, da possibilidade de poder processar a partir deste campo a necessária contenção e simbolização de intensidades afetivas.

No primeiro capítulo, subdividido em duas partes, procuramos delinear inicialmente as transformações que o conceito de trauma sofreu ao longo do tempo na teorização de Freud. Para tal, procuramos apresentar, minimamente, o contexto que lhe permitiu construir sua teorização inicial e, na sequência, analisar as diferentes abordagens sobre o trauma que este autor desenvolveu, permeadas por deslocamentos e acréscimos, nas diversas revisões e articulações com outros conceitos. Neste percurso em busca da etiologia da neurose, podemos observar o deslocamento do modelo do trauma para o modelo da pulsão, no qual a realidade psíquica, a fantasia, a partir da concepção do registro inconsciente, é reconhecida como o campo primordial de escuta analítica. Aos poucos Freud procura entrelaçar trauma e pulsão em sua teoria, o que lhe permitiu engendrar uma concepção do trauma cada vez menos dicotômica. Na sequência, analisamos a reformulação do conceito de trauma tal como proposta por Ferenczi. Esta, decorreu das pesquisas em torno da técnica analítica cujo objetivo era buscar adaptar as mesmas às necessidades dos seus pacientes traumatizados. Procuramos apresentar os pontos mais relevantes de sua concepção teórica que tem como foco a importância do ambiente na estruturação ou desestruturação psíquica. Assim, seu enfoque procura destacar as diversas formas de traumatismo impostas pelo ambiente inicial, inclusive o trauma gerador de cisões patológicas ou distorções profundas no psiquismo, decorrentes da violência imposta pelo adulto à criança, assim como a ratificação do trauma pelo adulto que nega o ocorrido e consequentemente gera a vivência de desamparo. Podemos depreender daí o valor dado por Ferenczi ao ambiente ou à relação objetal no processo de constituição e estruturação do ego.

No segundo capítulo, apresentamos o enfoque teórico-clínico de Winnicott a respeito do trauma, tendo como referencial a relação inicial mãe-bebê e as falhas e consequências graves para o psiquismo da criança, quando o ambiente não

acolhe sua necessidade de amor e cuidado. Complementando sua concepção, são apresentadas as contribuições de seu discípulo, Masud Khan, sobre os traumas cumulativos e o conceito de mãe morta, tal como desenvolvido por André Green. Ainda neste capítulo, procuramos destacar alguns tópicos de sua construção teórico-clínica a respeito do tema. São eles: a interpretação, o silêncio e seus diferentes significados, o valor da contratransferência, o lugar do corpo e do afeto no âmbito terapêutico, a questão da comunicação e da mutualidade e por fim, a questão do brincar e da espontaneidade como aquisições que dependem dos processos vividos no desenvolvimento emocional e no processo analítico.

No terceiro capítulo, abordamos a temática da regressão e os diferentes enfoques dados por Freud a este conceito. Na sequência, apresentamos a concepção inovadora de Ferenczi, construída a partir de sua clínica do trauma. Logo a seguir, discutimos a abordagem de Balint sobre a regressão na situação analítica e apresentamos seus principais conceitos, articulando-os com a crítica desenvolvida por este autor a determinadas noções das teorias freudiana e kleiniana. Neste terceiro capítulo também é apresentada a concepção de Winnicott da regressão à dependência.

No último capítulo, é discutida a importância do modelo relacional para a construção da abordagem psicanalítica do trauma e da regressão terapêutica. Destacamos algumas contribuições de Ogden, Borgogno, Bolognini, Coelho Júnior, entre outros autores na atualidade, que têm desenvolvido alguns conceitos e elaborado temas relativos à temática do trauma e da regressão na situação analítica, a partir da influência da Teoria das Relações Objetais. Dentre esses temas, discutimos o *setting* analítico como espaço intersubjetivo, as concepções de corpo e afeto a partir de uma dimensão intersubjetiva, a empatia analítica, a realização simbólica e a transicionalidade como referenciais importantes para a reflexão sobre a transferência enquanto campo de influências mútuas. Esta perspectiva da clínica permite ao analista experimentar o estado de dissociação, acolher as comunicações verbais e não-verbais do paciente, bem como, possibilita a criação de sentidos compartilháveis produtores de novas formas de relação e subjetivação.

2

O trauma nas teorias freudiana e ferencziana

2.1

A noção de trauma em psicanálise

A palavra trauma, segundo Houaiss (2001), origina-se do grego e significa ferida, avaria, derrota, desastre; e, por influência da língua francesa, em 1876, o termo passou a denotar também violência; ferida provocada por agente externo que age mecanicamente. Trauma e traumatismo são termos comuns na medicina e foram retomados na psicanálise com as três significações neles implicados: a de um choque violento, a de uma efração e a de consequências sobre o conjunto da organização (LAPLANCHE & PONTALIS, 1995). No *Vocabulário da psicanálise* de Laplanche e Pontalis, consta a seguinte definição para o trauma psíquico:

Um acontecimento da vida do sujeito que se define por sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica (LAPLANCHE & PONTALIS, 1995, p. 522).

Os autores ressaltam que o trauma se caracteriza, em termos econômicos, por um afluxo excessivo de excitações que ultrapassam a capacidade do sujeito de dominar e elaborar psiquicamente um acontecimento isolado, algo muito violento, ou um acúmulo de excitações somadas, que, isoladamente, seriam talvez toleráveis.

A noção de trauma está presente desde os primórdios da psicanálise e recebeu diferentes sentidos ao longo do tempo. Tal polissemia se deve às diversas formas pelas quais o adoecimento psíquico foi abordado. A complexidade dessa noção para a psicanálise nos remete à necessidade de, ao investigarmos o processo pelo qual a noção de trauma se desenvolveu na teoria psicanalítica, verificarmos os diferentes contextos em que essa noção foi elaborada, tanto no percurso de Freud como no desenvolvimento teórico de outros autores, consolidando-se como

um conceito da maior relevância para as discussões e pesquisas em psicanálise, principalmente na atualidade.

Nos últimos anos, o debate em torno da questão do trauma tem sido uma constante no meio psicanalítico e no diálogo estabelecido com outras disciplinas frente à intensidade das diferentes formas de violência e insegurança a que somos constantemente submetidos, gerando um profundo sentimento de desamparo, ou mesmo desalento, conforme Birman (2012).

O foco das atenções e discussões atuais com relação à temática do trauma não gira mais em torno do sofrimento psíquico tal como se manifestava no final do século XIX, quando a questão da repressão da sexualidade exercia um papel determinante. A Primeira Grande Guerra gerou rupturas sérias no ocidente; muitas mudanças histórico-econômicas e sociais, decorrentes desse período, estenderam-se no tempo, provocando consequências até hoje (AQUINO, 2003).

Além disso, nos últimos anos, o avanço tecnológico do mundo globalizado tem possibilitado maior rapidez no acesso às informações; somos constantemente bombardeados com notícias em tempo real que mal temos tempo de digerir ou elaborar; fragmentos de realidade violenta invadem a tela dos computadores ou celulares, submetendo, não somente adultos, mas também crianças a um excesso que gera muita angústia, sem dúvida.

A necessidade de se rever a teoria, de se refletir sobre as construções teóricas de Freud e de seus sucessores, de se pensar em saídas para certos impasses na clínica psicanalítica vem sendo discutida há vários anos. As contribuições dos teóricos das relações objetais precoces têm oferecido uma base importante para essa discussão.

Nestas contribuições se destaca a influência da leitura desenvolvida por Ferenczi a respeito do trauma, tema abordado ao longo de toda sua obra. Nela, a dimensão relacional é tomada como determinante para os processos estruturantes ou desestruturantes da subjetividade. Não que Freud não tenha considerado o objeto como determinante originário na constituição subjetiva ou reconhecido sua importância para os processos de subjetivação, mas em sua investigação a ênfase maior foi dada aos processos intrapsíquicos e à dimensão pulsional.

A respeito dessa discussão, citamos o artigo de Coelho Júnior (2001) no qual ele propõe a lógica de complementariedade como baliza para a compreensão do texto freudiano que supõe um sujeito (pulsional) constituindo objetos e também

objetos (de identificação) constituindo o sujeito. Coelho Junior (2001) procura demonstrar que é possível derivar de Freud, apesar de não ser predominante, uma posição metapsicológica, que considera os objetos como determinantes originários na constituição da subjetividade e, tal posição, influenciou boa parte dos teóricos pós-freudianos.

Aqui encontramos a evolução do pensamento freudiano a partir do texto “Uma lembrança infantil de Leonardo da Vinci” (FREUD, 1910), com destaque ainda para “Uma introdução ao narcisismo” (FREUD, 1914) e, principalmente, “Luto e melancolia” (FREUD, 1917/1972) em que a concepção de ‘objetos de identificação’ torna-se fundamental na constituição do sujeito, em particular através da noção de identificação primária.

Dentre esses autores, destacamos Winnicott e Balint – que, na esteira das ideias ferenczianas, tomaram a relação sujeito-objeto como base para a compreensão dos processos de estruturação e desestruturação subjetiva. Nessa relação a noção de trauma é tomada em sua radicalidade e de forma mais ampla e aprofundada, principalmente na referência aos traumatismos precoces.

Antes de nos atermos às investigações de Freud, delinear os diferentes sentidos que a noção de trauma recebeu em sua teoria e darmos prosseguimento ao caminho teórico desenvolvido por outros autores que consideramos importantes para o eixo dessa pesquisa, vale lembrar que nossa leitura não pretende esgotar a discussão desse tema em sua obra, mas que optamos pelos principais textos freudianos para o desenvolvimento de nosso tema.

Inicialmente, apresentaremos alguns fatos descritos por Garcia-Roza (1995) a respeito do que ele chama de *Pré-história da psicanálise*, a fim de verificarmos o contexto que possibilitou a abordagem inicial de Freud.

2.1.1

Freud e a questão do trauma

2.1.1.1

O contexto inicial da investigação de Freud

Freud foi, sobretudo, alguém fascinado pela alma humana, tema que gerava a curiosidade de toda uma época, herdeira da partilha entre a razão e a

desrazão. Havia, no final dos anos 1800, a busca por decifrar a loucura, o sonho, o sintoma histérico, o funcionamento psíquico e vários estudos e experimentos eram realizados, dentre eles, a experiência com a hipnose.

É nesse contexto que Freud, um neurologista recém-formado, inicia seu percurso, encantado com as ideias de Charcot e Breuer e com seus experimentos em pacientes histéricas. Ambos tiveram um papel importante no caminho trilhado por Freud. Tratava-se, nesse contexto do final do século XIX, de descobrir a etiologia da histeria e a forma terapêutica adequada para o tratamento. Para isso, era preciso, em primeiro lugar, identificar os sintomas histéricos decorrentes de traumas e distingui-los dos sintomas orgânicos.

Os sintomas histéricos formavam um quadro complexo, constituído, muitas vezes, por ataques convulsivos, distúrbios da sensibilidade, distúrbios da atividade sensorial, paralisias e contrações. Esses sintomas corporais eram muitas vezes acompanhados de sintomas psíquicos, tais como: mudanças no fluxo e na associação das ideias, inibições da atividade volitiva, aumento ou supressão dos sentimentos. Esses sintomas, apesar de produzirem muitas vezes graves alterações desde seu estabelecimento, não eram acompanhados de qualquer lesão física, o que gerava muitos questionamentos e dúvidas sobre a etiologia da histeria.

A ciência moderna exigia que alguns critérios rígidos fossem utilizados na investigação das doenças e um dos parâmetros era a anatomia patológica. No caso da histeria, precisava ser comprovada a relação entre o sintoma histérico e a lesão anatômica. Outro critério considerado importante era a regularidade do quadro sintomático. Diante desses parâmetros, como incluir a histeria no campo de investigação científica, posto que não havia um correlato orgânico relativo ao sintoma histérico, apesar da gravidade visível dos quadros de cegueira e paralisias? Ou, de outro modo, como afastá-la da referência à sugestão, autossugestão ou mesmo à simulação e dar à histeria a dignidade de uma doença como as outras, com sintomas bem definidos e precisos, já que seu quadro sintomático se caracterizava pela ausência de fixidez ou permanência, como descreveu Birman (2009)?

Nesse sentido, foi muito importante o empenho de Charcot ao buscar novas formas de intervenção clínica na tentativa de controlar e estudar o fenômeno histérico. Dentre estas intervenções, a hipnose foi a que permitiu avanços mais efetivos. Através dela, o médico percebeu as mudanças fisiológicas

que ocorriam no sistema nervoso. Desta forma, Charcot separa a histeria do campo da patologia anatômica e a traz para a investigação da fisiologia do sistema nervoso. É nessa fase que Freud vai a Paris estudar e assistir às aulas práticas de Charcot na Salpêtrière. Em “Um estudo autobiográfico” (1925[1924]), ele comenta:

O que mais me impressionou enquanto privei com Charcot foram suas últimas investigações acerca da histeria, algumas delas levadas a efeito sob meus próprios olhos. Ele provava, por exemplo, a autenticidade das manifestações histéricas e de sua obediência a leis (*‘introite et hic dii sunt’*), a ocorrência frequente de histeria em homens, a produção de paralisias e contraturas histéricas por sugestão hipnótica e o fato de que tais produtos artificiais revelam, até em seus menores detalhes, as mesmas características que os acessos espontâneos, que eram muitas vezes provocados traumáticamente. Muitas das demonstrações de Charcot começaram por provocar em mim e em outros visitantes um sentimento de assombro e uma inclinação para o ceticismo, que tentávamos justificar recorrendo a uma das teorias do dia. Ele se mostrava sempre amistoso e paciente ao lidar com tais dúvidas, mas era também muito resoluto; foi numa dessas discussões que (falando de teoria) ele observou: *‘Ça n’empêche pas d’exister’*, um *mot* que deixou indelével marca em meu espírito (FREUD, (1925[1924] /1996, p. 20).

Ao conseguir, através da sugestão hipnótica, o controle do quadro histérico, Charcot também afasta a histeria do campo de investigação da psiquiatria e do controle asilar, um passo importante na direção do caminho que Freud viria a desenvolver posteriormente. A constatação de que o poder que o médico exercia sobre a paciente, através das injunções, era o que permitia obter certo controle sobre os sintomas, evidenciava que a histeria não tinha relação com corpo neurológico, mas com o desejo do médico, como assinala Garcia-Roza (1995).

O verdadeiro valor terapêutico da hipnose residia na sugestão feita durante o tratamento. Charcot elabora, então, a teoria do trauma tendo por base o estado hipnótico. Haveria uma predisposição hereditária que tornaria a pessoa, diante de uma situação traumática, suscetível à sugestão. A diferença, todavia, entre o estado hipnótico produzido pelo médico e o estado decorrente de um trauma é que o primeiro não seria permanente.

Da constatação que a relação da histeria com o corpo não seria de ordem física, surge a necessidade de o paciente narrar a sua história pessoal. A tentativa aqui é localizar o momento do trauma, responsável pelo sofrimento histérico. Mas o que se sobressai nas histórias narradas é a forte presença da temática de ordem sexual.

A relação entre histeria e sexualidade é recusada por Charcot, mas é o ponto de partida para a investigação de Freud. A partir de 1892, interessa-se pelo método catártico de Breuer, empregado no tratamento de Anna O., que consistia em fazer a paciente remontar, por efeito hipnótico, a seu passado e liberar através da ab-reação o afeto ligado à experiência traumática. Em “Um estudo autobiográfico” (1925[1924]), Freud comenta a respeito desse tratamento:

Em seu estado de vigília a moça não podia descrever mais do que outros pacientes como seus sintomas haviam surgido, assim como não podia descobrir ligação alguma entre eles e quaisquer experiências de sua vida. Na hipnose ela de pronto descobria a ligação que faltava. Aconteceu que todos os seus sintomas voltavam a fatos comovedores que experimentara enquanto cuidava do pai; isto é, seus sintomas tinham um significado e eram resíduos ou reminiscências daquelas situações emocionais. Verificou-se que na maioria dos casos que tinha havido algum pensamento ou impulso que ela tivera de suprimir enquanto se encontrava à cabeceira de enfermo, e que, em lugar dele, como substituto do mesmo, surgira depois o sintoma (FREUD, (1925[1924]/1996, p.27).

Esse caso clínico é publicado em 1893 na “Comunicação preliminar”, e acrescentado, posteriormente, aos “Estudos sobre a histeria” (1895), cujo tema gira em torno desse método empregado, o método catártico. Breuer, no entanto, por dificuldades geradas pelo que, posteriormente, seria objeto de estudo da psicanálise, a contratransferência, preferiu não dar continuidade ao atendimento de sua paciente, afastando-se também da direção que as investigações de Freud foram tomando.

2.1.1.2

Os diferentes modelos na teoria freudiana

Durante o tratamento, nosso esforço terapêutico está constantemente oscilando para trás e para frente, como um pêndulo, entre um fragmento de análise do Id e um fragmento de análise do ego. (FREUD, 1937a/1996, p.254)

Em “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), observamos as idas e vindas em torno das investigações da etiologia da histeria, da busca pela técnica definitiva a ser empregada e da mudança do conceito de trauma por um viés sexual. Inicialmente, Breuer e Freud procuram delinear o fenômeno histérico, não

por uma concepção caracterológica, como lembra Green (1982), mas por uma concepção econômica. Os autores sustentam que, se uma experiência é acompanhada de uma quantidade de afeto, ela tende a ser descarregada através de atos reflexos conscientes ou num processo gradativo, em associação com outros materiais conscientes. Na histeria isso não aconteceria. O afeto permaneceria “estrangulado” e a lembrança da experiência ligada a ele seria isolada da consciência e passaria a se manifestar através de sintomas histéricos - os símbolos mnêmicos-, ou seja, os sintomas relacionados a essas lacunas de memória. O traumatismo, então, estaria ligado a algum acontecimento do passado, que de fato teria ocorrido.

Freud divide o trauma em dois tempos. Haveria uma primeira cena de sedução por parte de um adulto ou uma criança mais velha e, num momento posterior, após a puberdade, uma cena qualquer viria a evocar a lembrança da primeira, o traço mnêmico. Portanto, se as histéricas sofrem de reminiscências, a lembrança é que seria patogênica.

A sedução sexual é o paradigma dessa situação traumática. O conceito de trauma tem um valor determinante na etiologia da neurose nessa fase das investigações de Freud, valor este que sofrerá oscilações ao longo das investigações freudianas e será recobrado em 1920.

“Estudos sobre a histeria” (1895) costuma ser considerado o ponto de partida da psicanálise, “o que ele nos relata não é simplesmente a história da superação de uma série de obstáculos; é a história da *descoberta* de uma série de obstáculos a serem superados” (STRACHEY, 1969/1996, p. 20, grifado no original). Nele, começam a surgir algumas noções importantes da teoria psicanalítica que se tornarão conceitos fundamentais. Dentre eles, destaca-se a noção de defesa, que pressupõe que a amnésia das pacientes histéricas indicava que a mente manifesta não é a mente em sua totalidade, havendo uma mente inconsciente. Além da noção de defesa, as ideias de resistência e de recalçamento começam a se delinear aos poucos através dos estudos dos fenômenos da clínica da histeria.

Mais à frente, Freud passou a empregar a sugestão como meio terapêutico acrescido à técnica de Breuer, com o intuito de intervir diretamente sobre as ideias patogênicas. A sugestão hipnótica foi empregada por influência de Bernheim, com

quem Freud esteve em contato em 1889, mas foi abandonada e o médico prefere retomar o método de Breuer, que ouvia sua paciente sem interrompê-la.

O abandono da técnica da sugestão e a escuta do fluxo associativo de suas pacientes apontam para o que viria a ser desenvolvido posteriormente como análise dos sonhos. Freud também chega à conclusão de que nem todas as pacientes são facilmente hipnotizáveis. Além disso, os resultados desse experimento eram incertos e não duradouros. O abandono do hipnotismo ampliou ainda mais a compreensão dos processos mentais, pois revelou a resistência e levou à ideia de que os símbolos mnêmicos seriam símbolos da lembrança suprimida e que teriam um sentido a ser revelado. “A psicanálise propriamente dita começou quando dispensei o auxílio da hipnose” (FREUD, 1916-17/1996, p. 344).

Nessa fase, começa a se formar também certa independência de Freud com relação às ideias de Breuer, pois para este, o estado hipnoide seria um fator determinante para que o evento produzisse um trauma. Essa hipótese de Breuer não satisfaz Freud, que procura analisar o que realmente confere a determinada experiência o valor de trauma. É importante ressaltar que Freud começa a perceber através do material associativo que, para além das cenas traumáticas narradas, havia uma forte presença do elemento sexual.

Em 1897, na carta à Fliess, Freud alega as razões que o levam a não mais sustentar a teoria traumática das neuroses, o que mudará o caminho de suas investigações. Dentre tais razões, a descoberta de que, no inconsciente, não há indicações da realidade, de maneira que não se conseguiria distinguir entre a verdade e a ficção que é catexizada pelo afeto. Desta forma, Freud perde a convicção na teoria do trauma centrada na sedução factual. As seduições que esses pacientes teriam sofrido não seriam produzidas pela realidade material, mas por “fantasias impregnadas de desejos, e (...) no tocante à neurose, a realidade psíquica era de maior importância que a realidade material” (FREUD, (1925[1924]1996, p. 40). Freud priorizou, nesse momento, a investigação do papel desempenhado pela fantasia nos eventos mentais:

Na teoria inicial, o trauma foi considerado como um acontecimento real e, depois, como sabemos, um acontecimento imaginário. É nessa passagem da teoria da sedução para a teoria do fantasma, que está inserida uma nova maneira de explicar a presença de fatores sexuais na produção de sintomas neuróticos” (FULGÊNCIO, 2004, p. 257).

Foi a partir da premissa da existência de uma realidade psíquica que Freud pode desenvolver as concepções relacionadas às fantasias edípicas da criança e toda a teoria da sexualidade infantil, assim como as bases da sua metapsicologia. “Com isso, o discurso freudiano funda a psicanálise como discurso na chamada realidade psíquica, tendo no registro inconsciente o seu campo primordial de escuta” (BIRMAN, 2004, p. 22).

Outra razão citada por Freud (1897) para o abandono de sua primeira teoria do trauma seria a de que, na psicose mais profunda, a lembrança inconsciente não poderia vir à tona, não sendo, pois, revelado o segredo das experiências da infância, nem mesmo no delírio mais confuso. Esse aspecto, no entanto, será retomado principalmente a partir de 1920, como veremos mais à frente, quando Freud desenvolve o conceito de compulsão à repetição e, posteriormente, em seus últimos trabalhos, nas referências aos efeitos para o ego dos traumatismos precoces, tema aprofundado por autores pós-freudianos.

Dentro dessa nova perspectiva, em 1899, Freud introduz o conceito de “lembranças encobridoras”, relacionado com outros temas com os quais havia se deparado há tempos, decorrentes de sua autoanálise, de problemas relativos às distorções da memória, da amnésia dos primeiros tempos de nossa infância, das fantasias e da sexualidade infantil como pano de fundo para todos esses eventos:

Com efeito, pode-se questionar se temos mesmo alguma lembrança *proveniente* de nossa infância: as lembranças *relativas* à infância talvez sejam tudo o que possuímos. Nossas lembranças infantis nos mostram nossos primeiros anos não como eles foram, mas tal como apareceram nos períodos posteriores em que as lembranças foram despertadas. Nesses períodos de despertar, as lembranças infantis não *emergiram*, como as pessoas costumam dizer, elas foram *formadas* nessa época. E inúmeros motivos, sem qualquer preocupação com a precisão histórica, participaram de sua formação, assim como da seleção das próprias lembranças (FREUD, 1899/1996, p. 304, grifado no original).

A questão da realidade empírica do trauma versus realidade psíquica não é algo simples, dado que existe, na verdade, um problema teórico a propósito da relação entre a fantasia e os fatos que lhe servem de suporte. Laplanche e Pontalis (1995) lembram que há uma realidade prática junto a uma realidade psíquica e que Freud nunca deixou de considerar a existência, a frequência e o valor patogênico das cenas de sedução efetivamente vividas pela criança. Contudo, Freud deslocou a ênfase dos traumas infantis para as fantasias infantis. Com a criação da noção de fantasia, a dimensão pulsional do conflito ganhou destaque na investigação

freudiana. Nesta concepção, a ação permanente exercida pelos processos inconscientes exige uma força contrária no sentido de interditar o acesso à consciência, ou seja, a concepção dinâmica dos processos da mente passou a ser o enfoque de sua pesquisa. Nessa fase, Freud substituiu o modelo do trauma na etiologia das neuroses pelo modelo da pulsão e “a introdução da noção de libido é extremamente significativa para a compreensão da noção freudiana de trauma” (FULGENCIO, 2004, p. 257). Ainda neste artigo este autor comenta:

A natureza da teoria da libido, como um tipo de energia que é represada, desviada ou descarregada, será uma das construções auxiliares especulativas que fará a diferença entre a concepção psicanalítica freudiana de trauma e as concepções médicas ou de outras psicologias sobre o mesmo tema. Essa construção auxiliar é, no dizer do próprio Freud, uma especulação cuja validade deve ser medida não porque algum dia uma energia será descoberta, mas porque ao utilizar essa construção é possível chegar a explicações úteis e operativas para o tratamento das psiconeuroses (FULGENCIO, 2004, p. 257).

O trauma na concepção freudiana se constitui a partir da dimensão singular de uma realidade psíquica que, no entanto, se apoia na realidade material dos acontecimentos. Segundo Laplanche e Pontalis (1995), a fantasia na concepção freudiana não corresponde a uma simples eflorescência da vida sexual espontânea da criança. Eles lembram que Freud está reconhecendo a realidade da sedução através de indícios da cena originária, da sedução do lactente pela mãe e, mais ainda, que as fantasias se fundamentam em fantasias originárias, ou seja, restos mnésicos transmitidos pela hereditariedade de experiências vividas na história da espécie humana.

Segundo Melo e Ribeiro (2011), esse viés da fantasia filogenética na teorização de Freud está presente, mais especificamente, em seu manuscrito de 1915, “Neuroses de transferência: uma síntese”, encontrado em Londres, em 1983, entre os papéis de Ferenczi. A esse respeito, os autores comentam que Freud, visando uma melhor compreensão da patogênese, integra a ideia de fantasia filogenética ao modelo da pulsão, ou seja, integra o fator traumático a esse novo modelo teórico. Dessa forma, segundo os dois autores, Freud deixa entrever uma verdadeira tensão entre essas duas noções – trauma e pulsão – que, portanto, não poderiam ser tomadas como exteriores uma em relação à outra, mas como noções entrelaçadas em sua própria constituição. Em outras palavras, se, por um lado, a pulsão contém o traumático em sua própria constituição, por outro,

qualquer situação traumática é necessariamente habitada pela pulsão. Da mesma forma, Schneider (1993) e Uchitel (1997) lembram que é importante situar o traumatismo na confluência de duas correntes: exógena e endógena, ou seja, o ataque externo e o ataque interno pulsional, este, no entanto, não exclui a realidade fatural.

Freud foi pioneiro ao procurar descobrir o sentido do sintoma, do sonho e a importância da sexualidade nos processos psíquicos, criando uma teoria psicológica a partir do reconhecimento do valor simbólico das manifestações psíquicas. É por essa via ligada à fantasia e ao desejo, que é elaborado o tema do “Complexo de Édipo”, que adquire importância como o complexo nuclear das neuroses, pois desempenha, segundo Freud, papel fundamental na estruturação da personalidade. Freud se volta para o estudo do desenvolvimento sexual infantil e para a teoria da libido e, assim, formula as bases da metapsicologia psicanalítica.

Nessa fase, os paradigmas das situações traumáticas são a angústia de castração, a cena originária, o Complexo de Édipo e a angústia de separação. O trauma está relacionado à dimensão pulsional e à luta do ego para lidar com a força e com a urgência das pulsões sexuais. Nessa fase da elaboração teórica freudiana, as situações traumáticas são examinadas em termos da fantasia inconsciente e da realidade psíquica, como vimos. Os aspectos psicológicos, relativos aos conflitos e os aspectos metapsicológicos, referidos ao *quantum* de afeto ou a uma energia, a libido, são articulados para a definição do trauma, como assinala Fulgencio (2004).

Sobre isto, Levisky (2011) nos diz que a teoria da sedução infantil como componente traumático das neuroses serviu de base para a compreensão de que as excitações do aparelho psíquico podem ser oriundas de fantasias da própria criança ou induzidas a partir do exterior. Qualquer aumento de tensão é capaz de colocar o aparelho psíquico em risco. A excitabilidade psíquica se refere à sexualidade como uma dentre as muitas fontes que produzem excitação e exigem satisfação.

As controvérsias em torno da questão realidade/fantasia são múltiplas e bastante complexas. Decorrem delas muitas leituras e interpretações distintas. A constatação traumática de Freud, expressa na carta de 21 de setembro de 1897, produziu efeitos na teoria e na clínica. Somente após longo tempo Freud pôde retomar o tema do trauma de forma menos dicotômica, expressando também em

suas postulações a importância da influência da realidade material para o psiquismo. E, sem dúvida, com a ajuda do diálogo estabelecido entre ele e seus discípulos, principalmente Ferenczi. Além disso, os horrores produzidos pela guerra indicaram a necessidade de a teoria psicanalítica rever seus fundamentos. A descoberta do papel desempenhado pela fantasia foi o viés priorizado por Freud por muito tempo, mas os efeitos no psiquismo decorrentes da intrusão violenta da realidade externa precisavam ser investigados mais profundamente. Essa dicotomia realidade/fantasia perde sentido quando a realidade do trauma é reconhecida de fato, tal como exposto no artigo de Ferenczi, de 1932. Parece que somente *a posteriori*, Freud pôde ressignificar e “cicatrizsar a ferida na teoria psicanalítica”, através das elaborações de seus últimos trabalhos. De fato, a “teoria do trauma se torna traumática quando a realidade externa não pode ser assimilada pela teoria e é colocada na posição de quem põe em risco o papel da fantasia e com isso a própria psicanálise” (UCHITEL, 2001). Concordamos com a autora:

O trauma atravessa a construção da teoria psicanalítica. O próprio corte da teoria da sedução traumatiza a teoria e produz dissociações, desorganizações, recalques, reneгаções e rupturas onde poderiam existir elos e enlaces (UCHITEL, 2001, p. 10).

A realidade do trauma não pode ser negada e a noção de trauma em psicanálise interroga a noção de “realidade”. Tanto a realidade como a fantasia operam efeitos no psiquismo. Essas questões apontam para a importância da dimensão intersubjetiva presente nas construções ferenczianas e nos autores herdeiros de seu pensamento. Importa aqui ressaltar o caráter disruptivo ou traumático para o psiquismo frente à negação ou omissão do outro que, do contrário, poderia possibilitar o movimento de ressignificações, tornando o trauma menos desestruturante para a subjetividade. Ferenczi pôde, através de suas construções teóricas, nos mostrar o valor da dimensão intersubjetiva para a construção da realidade psíquica. A dimensão relacional, tanto para a constituição psíquica como para os processos de subjetivação na clínica tem importância fundamental. Esses aspectos serão discutidos ao longo do trabalho.

Mas, voltemos ao desenvolvimento teórico de Freud, não exatamente à questão do trauma, mas a uma importante noção que está relacionada aos seus efeitos e que este autor desenvolverá posteriormente, em 1920. Referimo-nos ao artigo de 1914, “Recordar, repetir e elaborar”, e à noção de compulsão à repetição,

que é mencionada como fenômeno clínico e elaborada mais profundamente em “Além do princípio do prazer” (1920). No artigo de 1914, Freud procura demonstrar que é atuado o que não pode ser recordado, mas nesta fase de suas elaborações, o princípio que rege o funcionamento psíquico é o princípio do prazer. Figueiredo (1999a) resume as transformações ocorridas na psicanálise até então:

A psicanálise começou com a arte de interpretar, transformou-se em seguida em um lidar com as resistências à recordação; descobriu, então, a impossibilidade de certas recordações e a necessidade de repetir certas experiências na transferência tal como se forma no “presente” da situação analítica. Em geral, diz-nos Freud, é impossível economizar esta fase do tratamento e apenas sobre a repetição transferencial do velho material reprimido e irrecuperável pela memória será possível submeter o “passado” e o “presente” a um novo reconhecimento (FIGUEIREDO, 1999a, p. 64).

A questão da compulsão à repetição é também mencionada na “Conferência XVII”, relacionada aos atos obsessivos, e na “Conferência XVIII” (Freud, 1916-17). Nesta última, Freud fala da fixação ao trauma e relaciona a neurose “espontânea” com a neurose surgida como consequência do trauma de guerra. Nesse momento, ele retoma a questão da repetição presente nos sonhos, os sonhos traumáticos, e relaciona essa condição a uma compulsão a repetir. Em ambas as neuroses haveria um ponto de fixação. O termo traumático tem aqui um sentido estritamente econômico:

Aplicamo-lo a uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que essa energia opera (FREUD, [1916-7], 1996, p. 325).

Por outro lado, Freud também salienta que apesar de toda neurose incluir uma fixação, nem toda fixação conduz, coincide ou surge devido a uma neurose, como no caso do luto – um perfeito modelo de fixação afetiva em algo que é passado e que envolve a mais completa alienação do presente e do futuro. Freud o distingue o luto normal da sua forma patológica, a melancolia. Esse tema é desenvolvido em seu trabalho de 1917, “Luto e melancolia” e, na “Conferência XXVI” o autor faz uma breve referência ao tema.

Na “Conferência XXV”, deste mesmo período, ele discute a questão da angústia, diferencia as formas de angústia e relaciona esses estados à contenção

sexual. O tema da angústia foi investigado por Freud durante toda sua vida e sofreu modificações diversas, desde seus dois trabalhos iniciais em 1895 até 1926, em “Inibições, sintomas e angústia” e, posteriormente, na “Conferência XXXII”, de 1933, como veremos logo a seguir.

Em março de 1919, Freud já trabalha num primeiro esboço de “Além do princípio do prazer” (1920) e também termina seu artigo “O Estranho” (1919). Em ambos, menciona o tema da compulsão à repetição. No trabalho de 1920, Freud atribui as características de uma pulsão à noção de compulsão à repetição e introduz a dicotomia entre Eros e pulsão de morte. A distinção entre pulsões do ego e pulsões sexuais, apresentada no quadro de sua primeira teoria das pulsões é substituída nessa nova fase de sua teorização. O problema da destrutividade aparece explicitamente e, diante dessa mudança radical, muitos dos princípios desenvolvidos anteriormente passam a ser colocados em xeque, a ponto mesmo de Freud afirmar que o princípio do prazer pareceria estar de fato a serviço das pulsões de morte. Esta última sim imporia a compulsão à repetição das situações traumáticas pela impossibilidade de ligação do excesso pulsional que rompe o escudo protetor do psiquismo. Tal conceito, introduzido neste trabalho e reafirmado até o final de sua obra, recebeu críticas de muitos psicanalistas que o consideravam inaceitável, uma vez que os fatos clínicos descritos por Freud com relação à noção de pulsão de morte, como assinala Laplanche (1995), deveriam ser interpretados sem recorrer a ela.

Diferentemente desta posição, a escola de Melanie Klein reafirma em sua teoria toda a força do dualismo das pulsões de morte e de vida. Mais do que isso, atribui um papel primordial à pulsão de morte desde a origem da existência humana. Tal pulsão seria não somente orientada para o objeto exterior, mas atuaria no organismo e o induziria à angústia de desintegração e aniquilamento. Desta forma, podemos considerar que a ênfase na concepção de Klein com relação ao trauma gira em torno do polo agressivo das pulsões e das defesas primitivas contra as mesmas. Essa concepção, no entender de Klein e seus colaboradores, seria um prolongamento dos princípios fundamentais da obra freudiana, o que foi considerado questionável por alguns autores, pois, como comenta Mezan (2014), tal prolongamento resulta em teses contrárias às conclusões de Freud, por exemplo: a relação entre superego e complexo de Édipo ou entre angústia e pulsão de morte.

Como lembra Mezan (2014) Klein se interessou pela dimensão quase psicótica dos primeiros tempos da vida humana. Interessa ao analista kleiniano que a angústia predominante no paciente seja identificada e interpretada profunda e detalhadamente, visando o contato com as fantasias destrutivas onipresentes na psique. Os postulados kleinianos foram construídos a partir de sua clínica com pacientes psicóticos e, principalmente, com crianças pequenas. Klein demonstrou que as crianças também sofriam de angústias muito intensas. Segundo Mezan (2014) para Klein:

A origem deste sentimento não estaria no temor do ego frente aos impulsos sexuais do id, mas na tensão entre o ego e o superego que age como porta-voz dos objetos atacados, ameaçando-o e punindo-o com a energia derivada das pulsões agressivas do próprio sujeito. O mecanismo pelo qual estas alimentam o superego não pode ser o recalque, pois este pressupõe um superego já organizado: é na projeção e na introjeção (*de agressividade*) que ela verá o modo de formação dessa instância (MEZAN, 2014, p. 315, grifado no original).

Segundo Klein, o complexo de Édipo e a introjeção das figuras parentais têm início muito cedo, com o desmame. A perda do seio gera muita frustração e raiva, que é dirigida a esses objetos internos, ou seja, às imagos paternas que formam o núcleo do superego. Essa é a fonte da angústia expressa através de fantasias persecutórias, da inibição intelectual e afetiva e da formação dos sintomas na criança, visando a proteger-se das agressões externas e principalmente de sua própria agressividade (Mezan, 2014).

Não é nosso objetivo aprofundar o estudo das ideias kleinianas neste trabalho, mas é importante reconhecer o papel central que a angústia tem em suas postulações teórico-clínicas.

As propostas teóricas de Freud nos anos 1920 com relação à pulsão de morte e à segunda tópica causaram impacto no meio psicanalítico como vimos. Em um primeiro momento, tais propostas levaram os autores a procurar compreender as consequências teórico-clínicas destas inovações. Mas, posteriormente, as posições teóricas desenvolvidas se mostraram muito distintas e mesmo divergentes, levando à formação de diversas escolas psicanalíticas, como indica Mezan (2014).

Freud também estabelece a definição das estruturas psíquicas em termos de ego, id e superego desenvolvidas, posteriormente, em 1923. O conceito de trauma adquiriu, nessa etapa, um referencial exclusivamente intersistêmico e

pulsional. As reformulações operadas nesta fase na teoria freudiana decorreram da necessidade de reestruturar certos conceitos, pois sua investigação incidirá cada vez mais sobre a temática do irrepresentável, algo que foge à possibilidade de representação, que está para além do princípio do prazer.

Dessa forma, a referência ao traumático na teoria freudiana, já não se restringe ao sofrimento gerado pela impossibilidade de realização do desejo, a algo traduzível através da linguagem dos sonhos, dos sintomas, dos lapsos de memória ou mesmo das repetições que poderiam trazer um sentido a ser decifrado, mas diz respeito a alguma coisa que não pode ser lembrada, nomeada. Freud se refere ao excesso pulsional que escapa ao registro da representação, ou seja, àquelas experiências vividas que não podem ser integradas ao psiquismo, não podem ser recalçadas e geram uma divisão (vertical) no ego. A temática da angústia também será privilegiada neste momento de suas investigações. O transbordamento pulsional, como resultado dessas vivências traumáticas não representáveis, será a temática desenvolvida em psicanálise a partir daí postulada, principalmente, por autores pós-freudianos.

Em “Inibição, sintoma e angústia” (1926), inaugura-se a última fase da teoria freudiana sobre o trauma, iniciada com a revisão do conceito de angústia. Segundo Laplanche e Pontalis (1995), esse é o momento em que a noção de traumatismo assume maior valor. Neste trabalho, Freud discute sobre a resistência; a distinção entre sintoma e inibição; entre repressão e defesa; e as relações entre angústia, dor e luto, sendo a angústia o principal tema abordado. De fato, é uma temática que sempre esteve presente na mente de Freud e sofreu modificações ao longo de seus estudos.

No início de sua teorização, ele supunha que a angústia era uma consequência do recalque das pulsões sexuais, mas diferentemente das psiconeuroses, suas causas deveriam ser procuradas nas desordens da vida sexual atual e não em acontecimentos importantes da vida passada (conflitos infantis); e relacionou sua etiologia ao fator somático e não psíquico, como seria o caso na histeria e na neurose obsessiva. Nas neuroses atuais, mais especificamente na neurose de angústia, os sintomas não seriam uma expressão simbólica, mas sim um possível resultado da ausência ou inadequação de satisfação sexual.

Com o tempo, Freud deixa de considerar a angústia como libido transformada e passa a considerá-la como reação a uma situação traumática. Mas

esta não foi uma mudança rápida. Ela foi descrita de forma efetiva somente em 1933, na “Conferência XXXII”. Freud parece ali retomar a ideia exposta na carta a Fliess, de novembro de 1897, ou seja, de muito tempo antes, na qual separa a causa da angústia da questão da libido. “Resolvi, então, de agora em diante, considerar como fatores separados o que causa a libido e o que causa ansiedade” (FREUD, 1897/1996, p. 83). Freud sempre insistiu na estreita relação entre os perigos externos e os perigos instintuais. Dessa forma, sempre houve dificuldade em esclarecer o tema acerca da origem da angústia nas neuroses atuais. A nova distinção entre angústia automática e angústia sinal, formulada neste trabalho de 1926, ajudou a esclarecer essa questão. A angústia automática é a reação do sujeito frente a uma situação traumática que tanto pode ser disparada por algo interno, como um afluxo de excitações gerado por algo de origem externa. A angústia como sinal é a reação de desprazer restringido em quantidade e seu início atua como um sinal ao ego, a fim de fixar uma defesa normal em andamento, ou nas palavras de Figueiredo (1999b) “a vivência de angústia em sua forma e função de sinal ‘vacina’ o psiquismo para que ele possa se defender de ataques que, na ausência desta preparação, seriam traumáticos” (FIGUEIREDO, 1999b, p. 53). Assim, através da angústia como sinal, o ego pode lidar com o trauma de forma diferente da experiência vivida anteriormente, evitando o fator surpresa, a sensação de profundo desamparo, assim como a angústia automática da experiência inicial, gerada por um afluxo de excitações de origem externa ou interna, e que fora incapaz de dominar. Há uma simetria entre o perigo externo e o perigo interno. Freud, nessa fase, inaugura os primórdios da psicologia do ego.

Na segunda teoria sobre o tema, Freud sustenta que a angústia é anterior ao recalque, ou seja, os pensamentos, as percepções e os desejos provocadores de angústia é que são recalcados (Rudge, 2009). A angústia, assim, não estaria relacionada à sexualidade, como explicitara em 1895, “uma tensão sexual somática que foi desviada do campo psíquico” (FREUD, 1895/1996, p. 125), mas passa a ser considerada como um produto do estado de desamparo psíquico em analogia com o desamparo psíquico do lactente, que é evidentemente a contrapartida de seu estado de desamparo biológico (Laplanche & Pontalis, 1995).

Em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926) também apresenta sua última elaboração sobre a teoria do afeto entendido por intermédio do modelo teórico da pulsão. O afeto é um dos componentes da representação psíquica da

pulsão. Nessa representação, ele designa a parte energética, dotada de uma quantidade e de uma qualidade, ligada ao representante-representação, mas podendo dissociar-se dele no inconsciente, conforme lembra Green (1982).

Além disto, ele investiga as diversas formas pelas quais a angústia pode ser acionada e sustenta, nessa teorização, que, embora a angústia tenha sua sede no ego, a fonte da mesma pode ser encontrada no mundo externo (angústia ante um perigo real), no id (angústia neurótica) ou no superego (angústia de consciência). A angústia produz o recalque, ou seja, a ameaça interna (aspiração libidinal ou agressiva) desencadeia a angústia (perigo de castração, por exemplo), que aciona o recalque (renúncia ao objeto de desejo). A angústia, neste caso, tem um papel antecipatório diante de uma ameaça.

Freud, ainda neste trabalho de 1926, distingue inibição e sintoma, lembrando que a primeira pode ser apenas uma restrição normal de alguma função do ego, ao passo que o sintoma denota a presença de algum processo patológico, quando uma função passou por uma modificação inusitada ou quando uma nova manifestação surgiu desta. Também procura delinear a relação dos processos de inibição e de formação de sintomas com a angústia. Inicialmente, examina as várias funções do ego, visando descobrir as formas que elas assumem em cada uma das diferentes afecções neuróticas, diante de qualquer perturbação. E relaciona o fato de que algumas dessas inibições representam o abandono de uma função porque sua prática produziria angústia. O ego procura inibir alguma função para evitar o conflito com o id ou com o superego. Figueiredo (1999b) ressalta o valor adaptativo e funcional tanto das angústias como também dos sintomas neste momento da concepção freudiana, pois “os sintomas (inibições, fobias, compulsões) ‘servem’ efetivamente para evitar as situações de perigo” (FIGUEIREDO, 1999b, p. 52). Freud também se atém, ainda neste trabalho de 1926, ao problema do ego e a relação entre o ego, o id e o superego.

O ego é, na realidade, a parte organizada do id. Estaríamos inteiramente errados se figurássemos o ego e o id como dois campos opostos e se supuséssemos que, quando o ego tenta suprimir uma parte do id por meio de repressão, o restante do id vai em socorro da parte que se acha em perigo e mede sua força com o ego (FREUD, 1926/1996, p. 100).

Paradoxalmente, a repressão demonstra a força do ego e ao mesmo tempo sua impotência, pois o processo mental, que se tornou um sintoma por causa da

repressão, mantém sua existência fora e independente do ego. Freud faz a analogia do sintoma com um corpo estranho e lembra que o ego é uma organização que se baseia no intercâmbio e na possibilidade de influência recíproca. Sua tendência é sintetizar. Dessa forma, o ego visa agregar a si o sintoma, fazendo uma adaptação dele e buscando uma relação com o mundo externo, já que sua finalidade é restaurar e reconciliar.

Nesse artigo de 1926, Freud faz referência às fobias, à angústia de castração e ao Complexo de Édipo. Freud menciona os casos clínicos *Hans* e *O homem dos lobos*, ressaltando que, em ambos os pacientes, a força motriz da repressão era o medo da castração. As ideias contidas nas angústias deles – a de ser mordido por um cavalo e a de ser devorado por um lobo – eram substitutos, por distorção, da ideia de serem castrados pelo pai. Esse pensamento sofreu repressão, o que gerou o sintoma fóbico. No caso do menino, o conflito se estabeleceu devido à ambiguidade, amor e ódio dirigidos à mesma pessoa. O medo que faz parte dessa fobia não pode ser descrito como um sintoma. O que o transformou em um sintoma neurótico foi o deslocamento: a substituição do pai por um cavalo.

Ao final dessa parte, Freud tenta conciliar as duas conclusões possíveis: a de que, na repressão, a ansiedade é produzida a partir da catexia libidinal dos impulsos instintuais e a de que a angústia sentida em fobias é uma angústia do ego e que surge neste, e não parte da repressão, mas, ao contrário, põe a repressão em movimento. Freud indaga se seria possível reduzir as duas fontes de angústia a uma única; assinalando a dificuldade em fazê-lo, frente às conclusões que o estudo das fobias indicou.

A seguir, Freud menciona algumas características da neurose obsessiva, da tensão devido ao conflito entre o superego e o id e da dificuldade do neurótico obsessivo poder associar livremente. Seu ego é mais atento e não pode relaxar, precisa utilizar atos mágicos de isolamento, tudo num esforço de impedir associações e ligações de pensamento. É nesta parte que, Freud chega à conclusão de que a angústia é uma reação do ego ao perigo. Ela é remediada pelo ego. Em outras palavras, podemos dizer que se criam sintomas para evitar a geração de angústia.

Além disso, o autor também faz referência às neuroses traumáticas decorrentes da iminência de morte e da ameaça ao instinto de autopreservação,

geradas pela violência de fatores externos, como na Primeira Grande Guerra, que poderia por si só produzir uma neurose, sem fatores sexuais envolvidos. Porém, Freud lembra que tal fato não contradiz a importância etiológica da sexualidade, tal como especificado pela introdução do conceito de narcisismo e da catexia sexual do ego em harmonia com as catexias objetais. Ressalta também o caráter libidinal do instinto de autopreservação. Freud complementa essa posição, salientando que é bem improvável que uma neurose chegue à existência apenas pela causa da presença objetiva de um perigo, sem qualquer participação dos níveis profundos do aparelho psíquico. Esse aspecto será posteriormente mais elaborado, principalmente nos trabalhos escritos no final dos anos trinta, quando Freud tratará do tema dos traumatismos precoces, que será desenvolvido, principalmente, por autores pós-freudianos.

Ele também procura delimitar, definir o que é angústia. Lembra que, em primeiro lugar, é algo que se sente, um estado afetivo que tem um caráter muito acentuado de desprazer, embora nem todo desprazer possa ser chamado de angústia, tal como a tensão, o luto e a dor. Freud menciona que há ligação entre os estados de angústia e órgãos específicos do corpo, como, por exemplo, os órgãos respiratórios e o coração, que, com suas inervações motoras e processos de descarga, desempenham seu papel nos estados de angústia. Além disso, menciona quais são as duas formas em que a angústia pode surgir. A primeira, quando ocorre uma nova situação de perigo, e a segunda, a fim de dar um sinal e impedir que tal situação ocorra.

Freud faz algumas considerações sobre as fobias da infância. Após a crítica à teoria de O. Rank (1924), ele enfatiza que a capacidade para lidar com a angústia surge à medida que se processa o desenvolvimento mental e permanece durante um certo período da infância. As angústias que surgem nessa fase decorrem de a criança sentir falta de alguém que ama e de quem sente saudade. “A imagem mnêmica que a criança tem da pessoa pela qual ela sente anseio é sem dúvida intensamente catexizada, provavelmente de forma alucinatória inicialmente” (FREUD, 1926/1996, p. 135).

Nesta fase das investigações, Freud considera que a angústia surge por decorrência da perda sentida do objeto e a relaciona à angústia de castração, pois ambas estão relacionadas ao medo de separação de um objeto altamente valioso;

além dessas, faz referência também à angústia primeva de separação, ocasionada pelo nascimento.

Na verdade, não se trata da perda do objeto, mas de perder o amor do objeto. A referência aqui é à histeria, sua relação com a feminilidade; da mesma forma que relaciona a neurose obsessiva com a masculinidade. “A perda do amor desempenha o mesmíssimo papel na histeria que a ameaça da castração nas fobias e o medo do superego na neurose obsessiva” (FREUD, 1926/1996, p. 141).

O autor vienense estabelece uma relação entre a angústia gerada por uma situação de perigo, isto é, algum processo no id que, por exemplo, induza o ego a emitir o sinal de angústia para que a inibição ocorra; e uma situação análoga ao trauma de nascimento, gerando uma angústia automática. Afirma que os dois casos podem ser aproximados. O primeiro, típico das psiconeuroses, e o segundo, das neuroses atuais. “Como sabemos, uma psiconeurose está especialmente sujeita a desenvolver-se com base em uma neurose ‘atual’” (FREUD, 1926/1996, p. 139). Essa aproximação decorre do ego, em ambos os casos, ser reduzido a um estado de profundo desamparo face a uma tensão excessiva, como ocorreu na situação de nascimento, gerando angústia.

Neste momento, a vivência de desamparo por parte do ego é a essência da situação traumática na teorização freudiana, que teria como seu protótipo o ato de nascimento. Cada determinante de angústia não invalida seu precedente, mas Freud deixa claro que, conforme o ego vai se desenvolvendo, maior a capacidade de elaboração. O autor (1926) menciona, por exemplo, o perigo para o ego da perda de objeto na primeira infância, quando a criança ainda se acha na dependência de outros. Além disso, lembra que cada período de vida tem seu determinante de angústia. Assinala, no entanto, que várias situações de perigo e determinantes de angústia podem resistir lado a lado, fazendo o ego reagir com angústia em um período posterior, e que vários destes determinantes podem entrar em ação ao mesmo tempo.

A questão da dependência e da necessidade de proteção frente às situações geradoras de angústia, mencionada por Freud, será o foco de atenção na leitura desenvolvida a respeito do trauma pelos autores pós-freudianos, como veremos a seguir. Esses autores enfatizam em suas teorizações sobre o trauma, o reconhecimento do papel preponderante do ambiente, ou seja, da necessidade de

auxílio externo frente às situações geradoras de desamparo, aspecto que foi mais explicitado, no final da obra freudiana.

Em “Análise terminável e interminável” (1937a) Freud assinala novamente que a neurose tem uma etiologia mista, ou seja, que fatores constitucionais e acidentais estão presentes. O sucesso do tratamento analítico depende da influência do trauma, da força constitucional dos instintos e das alterações sofridas pelo ego. O autor lembra que “quanto mais forte for o fator constitucional, mais prontamente um trauma conduzirá a uma fixação deixando atrás de si um distúrbio desenvolvimental; quanto mais forte for o trauma, mais certamente seus efeitos prejudiciais se tornarão manifestos, mesmo quando a situação instintual é normal” (FREUD, 1937a/1996, p. 236).

Mas o que Freud quer dizer por fatores constitucionais? Ora, constitucional refere-se a tudo que é inerente à organização física ou psíquica do indivíduo. Winograd (2007) lembra que o conceito de pulsão definido, em 1915, como um conceito-fronteira entre o somático e o psíquico “é uma tensão de fonte corporal que, através de objetos infinitamente variáveis, pressiona o aparato anímico, exigindo que ele trabalhe para que ela atinja seu alvo, a descarga” (WINOGRAD, 2007, p. 6).

A força constitucional das pulsões e a fraqueza do ego para lidar com as mesmas seriam fatores prejudiciais à eficácia da análise. Freud cita como exemplo a puberdade, a menopausa e a doença física como situações em que os fatores biológicos e fisiológicos atuam intensamente, tornando-os, por isso, dificilmente, suscetíveis a influências psicológicas. O fator quantitativo, ou seja, o ponto de vista econômico do funcionamento psíquico, tem grande importância na causação do adoecimento. E Freud (1937a) assinala que o fator mais poderoso e mais impeditivo é a pulsão de morte, a responsável em grande parte pela resistência na análise e também presente no conflito na mente. Essas dificuldades e limitações levam Freud a duvidar do poder profilático da psicanálise e esse será o viés principal de sua argumentação.

Estou bem cômico de que a teoria dualista, segundo a qual um instinto de morte ou de destruição ou agressão reivindica iguais direitos como sócio de Eros, tal como este se manifesta na libido, encontrou pouca simpatia e na realidade não foi aceita, mesmo entre psicanalistas (FREUD, 1937a/1996, p. 261).

Freud (1937a), por outro lado, menciona que uma etiologia do tipo traumático poderia ter um bom prognóstico, pois o trabalho analítico viria a proporcionar o fortalecimento do ego, ou seja, as condições que faltaram ao paciente nos primórdios de seu desenvolvimento psíquico.

Outro aspecto para o qual Freud (1937a) chama atenção é o fato de que, em estados de crise aguda, a análise é inutilizável para todos os fins e intuítos, pois o ego é tomado pela realidade penosa e se retrai diante da análise que está tentando ir além da superfície para revelar as influências do passado. O cuidado, o manejo e a questão da interpretação não estão explicitados por Freud aqui, mas em seu texto vemos claros indícios de suas preocupações a esse respeito. No entanto, os problemas relativos à técnica analítica, aplicada à clínica de pacientes traumatizados, só foram plenamente desenvolvidos por Ferenczi. Na verdade, a temática dos traumatismos precoces, como lembra Garcia (2012), é pouco trabalhada no texto freudiano e é um tema que tem gerado muitos questionamentos na psicanálise atual relativos à técnica e à teoria.

Em um de seus últimos trabalhos, “Moisés e o Monoteísmo” (1939), Freud retoma o tema desenvolvido há vinte e cinco anos em “Totem e tabu” (1913), texto em que apresenta a descoberta das origens psicológicas da religião e da moralidade nas práticas totêmicas.

Neste trabalho de 1939, Freud relaciona o que possivelmente ocorreu na história da humanidade com o que ocorre na história individual. Tece, como comenta Dreyfus (2005), uma relação entre processos singulares e processos coletivos e entre a gênese das neuroses e a psicologia das massas. Freud traça paralelos entre temas históricos e psicanalíticos; entre a história da religião judaica e o desenvolvimento da espiritualidade e do pensamento abstrato.

Interessa-nos, mais precisamente, a temática do traumatismo, um dos eixos principais do desenvolvimento de seu texto, exposta na terceira parte deste trabalho. Freud estabelece uma analogia entre a origem traumática da religião judaica e o surgimento de uma neurose, destacando em ambos o trauma primitivo, a defesa, a latência, o desencadeamento da doença neurótica e o retorno parcial do reprimido. Ele nos lembra que “traumas são aquelas impressões cedo experimentadas e mais tarde esquecidas, a que concedemos tão grande importância na etiologia das neuroses” (FREUD, 1938/1996, p. 87, grifado no original).

Dessa forma, o psicanalista vienense parte de uma premissa psicopatológica tanto em relação à psicologia individual quanto em relação à psicologia grupal. Enfatiza que o traumático, em ambas as situações, decorreria de um excesso de exigência imposto, o que significa que o fator quantitativo é determinante. Mas para explicitar o que é traumático, Freud recorre à série complementar discutida na conferência de 1916-17. Neste trabalho ele demonstra com maior nitidez que a etiologia da neurose possui fatores endógenos e exógenos que se *complementam* e que, do ponto de vista etiológico, não há que escolher entre o fator endógeno, representado pela fixação, e o fator exógeno, representado pela frustração. Freud ainda subdivide a fixação em dois fatores complementares, ou seja, a constituição hereditária e a vivência infantil.

Assim, a intensidade da frustração e a rigidez das fixações devem ser consideradas. Esta complementação à equação etiológica tornou mais complexa a ideia de predisposição, pois tanto a rigidez das fixações libidinais como a resistência do eu passaram a se conjugar a esta ideia, como comenta Winograd (2007). Parece-nos importante fazer aqui uma referência à resistência do eu, ou seja, à capacidade de elaborar, certa suportabilidade do ego, como um aspecto fundamental para que o psiquismo possa lidar com o excesso advindo de vivências traumáticas. Freud reconhece nesse momento a importância das contribuições de Ferenczi (1913) e de sua formulação teórica dos estágios de desenvolvimento do sentido de realidade:

E não se trata de a psicanálise não haver prestado atenção alguma à parte não sexual da personalidade. É precisamente a distinção entre ego e sexualidade que nos possibilitou reconhecer com especial clareza que os instintos do ego passam por um importante processo de evolução, uma evolução que não é nem completamente independente da libido, nem desprovida de um efeito secundário sobre a mesma. Contudo estamos muito menos familiarizados com o desenvolvimento do ego do que com a evolução da libido, de vez que apenas o estudo das neuroses narcísicas é que promete dar-nos uma compreensão interna (insight) da estrutura do ego (FREUD, 1916/17/1996, p. 411).

Na continuidade de suas explicações, Freud (1916-1917/1996) menciona que possivelmente possamos encontrar um paralelismo entre as fases do desenvolvimento do ego e da libido. Reconhece também que um distúrbio dessa correspondência poderia gerar um fator patogênico. “O ego esforça-se em cada estágio, por permanecer em harmonia com sua organização sexual, tal como esta se apresenta na época, e por ajustar-se a ela” (FREUD, 1916-17/1996, p. 411).

Garcia (2012) comenta outro importante aspecto relativo à questão do trauma desenvolvido nesse trabalho. A autora lembra que, para Freud, as neuroses teriam sua origem nos traumas etiológicos resultantes não apenas de experiências precoces esquecidas e ligadas a impressões de conteúdo sexual-agressivo, mas também do que então foi denominado de danos precoces ao ego (mortificações narcísicas). Dessa forma, Freud assinala a etiologia mista do distúrbio neurótico. Trata-se de uma conjunção entre o disposicional, enquanto pulsional, e o circunstancial, relativo à relação de objeto.

Ao longo de seu percurso, Freud foi desenvolvendo cada vez mais a temática da psicologia do eu e retomando com maior ênfase a questão do trauma, reconhecendo neste trabalho de 1939, “Moisés e o Monoteísmo”, o efeito determinante que as experiências dos primeiros anos têm na vida de uma pessoa, e nelas o ambiente tem um papel fundamental. Freud fala das primeiras impressões recebidas numa época em que a criança mal consegue falar; impressões que produzem mais tarde efeitos de caráter compulsivo, sem que sejam lembradas conscientemente.

A formação dos sintomas pode ser definida como o retorno do recalcado. Freud se refere às fixações no trauma, à compulsão à repetição e a dois tipos de efeitos (positivos e negativos) destas experiências ou impressões vividas. Os positivos são tentativas de pôr o trauma em funcionamento mais uma vez, isto é, de “recordar a experiência esquecida ou torná-la real, experimentar uma repetição dela de novo ou, mesmo que ela seja apenas um relacionamento emocional primitivo, revivê-la num relacionamento análogo com outra pessoa” (FREUD, 1939/1996, p. 90). Há aqui a possibilidade de elaboração, isto é, de construir-se um novo sentido através da transferência durante o trabalho analítico.

Os efeitos negativos levam ao oposto; a que nada do trauma esquecido seja recordado e repetido. São reações defensivas extremas, que levam a repressões completas e evitações que podem se intensificar em inibições e fobias. Essas reações negativas são restrições ao ego e moldam, por assim dizer, o caráter. São fenômenos patológicos graves, que desencadeiam desvios no desenvolvimento egóico. A intensidade psíquica é tal que impossibilita a ligação com outros processos psíquicos. Freud ilustra essa experiência traumática, por seu caráter clivado e não-representacional, como um Estado dentro de um Estado (Garcia, 2012).

Diante dessas explicações, fica a dúvida: poderíamos, no caso das patologias graves, traçar um paralelo entre o desenvolvimento libidinal e o desenvolvimento do ego, citado no texto de Freud dos anos 1916-17? Nessas circunstâncias estamos nos referindo a desvios, a fragmentações no ego, a questões traumáticas tão graves que impossibilitaram o ego de se manter em harmonia, seja com a organização sexual, seja com a realidade externa.

Caruth (1995), citado por Bernstein (2000) na introdução de *Trauma: Explorations in Memory*, contribui com algumas ideias que enriquecem a discussão a respeito da complexidade envolvida no tema da temporalidade da latência e do trauma. O autor (1995) lembra que Freud parece descrever o trauma como movimento sucessivo que se inicia com o evento até sua repressão e, posteriormente, com seu retorno. Como sabemos, a latência é o período em que os efeitos da experiência não são aparentes. Contudo, o autor salienta que o enigma central do exemplo de Freud não é exatamente o período de esquecimento que ocorre após o acidente, mas o fato da vítima do desastre não ter estado totalmente consciente naquele momento e sair “aparentemente incólume”. A referência aqui é o exemplo dado por Freud.

Caruth (1995) nos diz que a força histórica do trauma não reside apenas no fato de a experiência ser repetida após seu esquecimento, mas também na de ser sentida inicialmente apenas em e através de seu esquecimento inerente. E é essa *latência inerente do evento* que, paradoxalmente, explica a peculiar estrutura temporal, ou seja, o evento traumático não é sentido enquanto ocorre, a memória consciente não é o trauma. A origem de um trauma não deve ser identificada com um evento que ocorre em um momento específico. Ela torna-se totalmente evidente apenas em conexão com outro lugar e em outro tempo.

Dreyfus (2005) discute os diferentes momentos da questão do trauma em Freud, e reconhece também a preocupação clínica e metapsicológica no curso das hipóteses formuladas em “Moisés e o Monoteísmo” (1939). A autora lembra que as impressões ou traços, sua configuração em latência e sua possível reconstrução *a posteriori* aplicam-se tanto ao romance histórico como às construções em análise. Além disso, Dreyfus (2005) também assinala que o agravamento da situação na Alemanha, os perigos que a assombravam, manifestados na correspondência de Freud e Zweig, remetem Freud à questão da realidade do trauma.

O tema da realidade psíquica/realidade material retorna à discussão no artigo “Moisés e o monoteísmo” (1939). Nele, Freud quer, mais uma vez, ressaltar o papel dominante que a realidade psíquica (processos inconscientes) desempenha na neurose e mesmo na psicose, enfatizando a capacidade elaborativa diante das situações traumáticas, o que remete à história de vida de cada um.

O artigo “A divisão do ego no processo de defesa” (1940a) trata das modificações sofridas pelo ego frente aos conflitos defensivos da primeira infância. Esse tema é da maior relevância para a psicanálise, mas infelizmente ficou inacabado e foi publicado postumamente. Contudo, em alguns artigos anteriores, como vimos, Freud já vinha debatendo sobre determinados aspectos do tema geral da alteração do ego pelos processos de defesa frente ao trauma. Dentre eles, o ato de rejeição (*Verleugnung*), abordado também aqui em conexão com o complexo de castração, e a noção de que esse ato resulta em uma divisão (*splitting*) do ego. Este tema vincula-se a questão mais ampla da alteração sofrida pelo ego, decorrente do processo de defesa. O tema de divisão do ego já fora também discutido, principalmente em “Neuroses e Psicoses” (1924) e no artigo “Fetichismo” (1927). Em seu “Esboço de Psicanálise” (1940b), Freud estende a ideia de uma divisão do ego também para as neuroses em geral. Ele (1940b) menciona que não somente nas psicoses, mas também nas neuroses, há o afastamento da realidade, no entanto, sem recorrer à alucinação. Diante da angústia gerada pela reivindicação pulsional e pelas objeções que a realidade impõe, o conflito neurótico leva a duas reações: negar a realidade para poder rejeitar a proibição e, ao mesmo tempo, acatar dentro de si o medo (angústia) que é deslocado, formando um sintoma.

A riqueza do tema exposto por Freud incide principalmente, a nosso ver, no reconhecimento das consequências deste feito paradoxal para o ego, que tem um alto preço a pagar: o rompimento de sua tessitura. Os efeitos da cisão no ego afetariam seu poder de síntese, ou seja, essas vivências não sintetizáveis ou intoleráveis deixariam marcas permanentes, sem possibilidade de cicatrização. Freud não chega a desenvolver em profundidade, o tema da clivagem do ego, mas, sem dúvida, indica uma via de investigação fundamental em psicanálise, principalmente para a compreensão dos processos traumáticos desestruturantes, seja por sua incidência nos momentos precoces do desenvolvimento psíquico, seja pela intensidade e violência de alguma experiência em uma fase posterior.

Ao analisarmos o percurso empreendido por Freud, tendo como referência sua investigação sobre o trauma, chama atenção a mudança operada pela psicanálise no saber científico de seu tempo. A compreensão dos transtornos, mesmo aqueles de origem psíquica, se reduzia à concepção anatomofisiológica. É inegável a influência de seus mestres, Charcot e Breuer, na busca de compreensão dos sintomas histéricos. A experiência psicanalítica, como lembra Uchitel (1997) trouxe a possibilidade de pensar a articulação entre corpo e psiquismo. A formulação de um aparelho psíquico complexo, produtor de representações e sentidos, rompe com o reducionismo cientificista de seu tempo e inaugura a concepção de um corpo simbolizável.

Percorrendo os diferentes momentos da teorização de Freud, constatamos que o conceito de trauma teve um papel muito importante no início de sua obra. Em sua investigação inicial, Freud já expõe ideias que foram mantidas ao longo de seu percurso teórico, tal como o valor atribuído ao afeto na instauração do trauma e a necessidade, frente a ele, de um trabalho psíquico consciente, sugerindo a ideia de elaboração, como assinala Uchitel (1997). Mas, além da recordação e da ab-reação, Freud se dá conta da necessidade da decifração de sinais, atribuição de sentidos e significados às manifestações psíquicas, tal como os sonhos, para que a análise psicológica e o trabalho terapêutico fossem efetivos.

É interessante ressaltar as contribuições na análise crítica desenvolvida por Uchitel (1997) com relação ao percurso freudiano, pois a autora lembra que o afeto nos primeiros trabalhos está associado especialmente à noção de quantidade e relacionado ao ato, ao movimento ou à atividade psíquica. A noção de qualidade aparece ligada à noção de prazer e desprazer, ou seja, ao aspecto econômico, mas as relações entre essas duas noções não ficam esclarecidas, pois nem toda a qualidade pode ser reduzida à quantidade, assim como não fica claro como a quantidade se torna qualidade.

Vimos anteriormente que Freud substitui o modelo do trauma na etiologia das neuroses pelo modelo da pulsão. Dessa forma, as questões da fantasia, do desejo e da realidade psíquica, passaram a ser centrais em sua investigação, bem como sua preocupação em descrever o funcionamento psíquico e os processos inconscientes.

O traumático nesta etapa de seu percurso diz respeito aos processos psíquicos sob a vigência do mecanismo do recalque. Dentro desse enfoque, as

defesas surgiriam basicamente frente ao conflito (intrapsíquico), ao embate existente entre o ego e as ideias incompatíveis, que geravam vergonha e pudor, por seu cunho marcadamente sexual, e precisavam ser recalçadas ou suprimidas da consciência, visando evitar o desprazer. A divisão do psiquismo é pensada em termos do registro consciente, pré-consciente e inconsciente, o recalcado, tal como concebido na primeira tópica. A partir dessa concepção, Freud pôde delimitar o processo de formação dos sintomas histéricos e dos sintomas obsessivos, posteriormente.

Muitas mudanças nos anos 1920, como vimos, foram operadas na teoria freudiana do trauma. Dentre as causas dessas mudanças, o impacto gerado nas subjetividades pela guerra, em outros termos, a violência infligida pela realidade externa no psiquismo, apontou para a necessidade de revisão de alguns conceitos psicanalíticos, desenvolvidos tendo por base o enfoque na dimensão intrapsíquica e pulsional.

A partir da revisão proposta por Freud do conceito de angústia (1926) e das novas formulações decorrentes dela, a origem e a função do trauma foram reavaliadas na teorização freudiana. Com a modificação sofrida no conceito de angústia, o papel do meio ambiente e a necessidade de auxílio externo frente às situações de desamparo passaram a ser centrais e as fontes intrapsíquicas, intersistêmicas e ambientais do trauma tornaram-se integradas num referencial unitário, como sugere Khan (1977). Podemos dizer que o trauma na teoria freudiana, a partir da integração destas fontes, ou seja, a partir da confluência entre o externo e o interno (Uchitel, 1997) indicou a necessidade de revisões tanto na teoria como também na prática clínica. Freud, como vimos, por diversas vezes sentiu a necessidade de fazer reformulações em sua teoria, mas também deixou, por outro lado, de investigar mais profundamente, determinados temas relevantes para a prática clínica. Dentre eles, a conjugação de fatores intrapsíquicos e intersubjetivos presentes na dimensão transferência-contratransferência, tema elaborado, posteriormente, por autores pós-freudianos, como veremos a seguir.

A questão dos traumatismos precoces é elaborada principalmente em “Além do Princípio do Prazer” (1920), “Inibição, sintoma e angústia” (1926) e “Análise terminável e interminável” (1937a). As especulações teórico-clínicas elaboradas por Freud serão discutidas, reformuladas e ampliadas pela psicanálise

pós-freudiana. Veremos o desdobramento dessas elaborações na concepção de alguns teóricos das Relações Objetais Precoces.

As experiências clínicas de outros autores possibilitaram o desenvolvimento de concepções diferentes sobre o trauma e são fundamentais para a especificidade da clínica atual. As contribuições de Ferenczi se destacam, sem dúvida, diante da gama enorme de analistas que foram influenciados por sua abordagem clínica e teórica, apesar do verdadeiro exílio a que o autor foi submetido por repúdio às suas inovações dentro da própria instituição psicanalítica. Em última instância, ele influenciou autores húngaros, franceses, ingleses e americanos, e a psicanálise contemporânea como um todo.

Vejamos, então, os principais pontos da reflexão ferencziana sobre o trauma, para compreendermos sua importância para a clínica contemporânea.

2.1.2

A reformulação da teoria do trauma na perspectiva de Ferenczi

Quando a criança era criança
Andava balançando os braços.
Desejava que o riacho fosse rio,
Que o rio fosse torrente...
E essa poça, o mar.

Quando a criança era criança,
Não sabia que era criança.
Tudo era cheio de vida,
E a vida era uma só.

Quando a criança era criança
Não tinha opinião...
Não tinha hábitos,
Sentava-se de pernas cruzadas,
Saía correndo...
Tinha um redemoinho no cabelo
E não fazia pose para fotos.

Peter Handke

O conceito de trauma é fundamental na obra ferencziana de tal forma, que podemos considerá-lo como o fio condutor da sua concepção clínica e teórica. Ferenczi se interessou em investigar as consequências geradas pelas vivências desestruturantes para o psiquismo e a criação de meios terapêuticos para abordá-las, o que o levou a modificar a técnica analítica em alguns momentos de seu percurso. Suas propostas clínicas e teóricas se desenvolvem a partir da questão da

cisão egóica, contribuindo para a compreensão da psicose e dos casos ditos “difíceis” da prática clínica.

A teoria do trauma na concepção de Ferenczi é bastante ampla, inclui desde o aprendizado das normas de higiene até a violência sexual sofrida por uma criança. Há traumatismos necessários para a estruturação psíquica, mas, por outro lado, existem vivências que desorganizam ou desestruturam a subjetividade por não poderem ser metabolizadas pelo psiquismo. Estas são o foco das investigações de Ferenczi. O psicanalista húngaro se deu conta de que a teoria e a técnica psicanalíticas precisavam ser revistas, pois, diante dos graves sintomas de seus pacientes, sentia que a técnica analítica não propiciava o resultado necessário e que várias dificuldades surgiam durante o tratamento.

Dessa forma, concluiu que a psicanálise havia subestimado a realidade traumática e superestimado a fantasia, a dimensão intrapsíquica em detrimento da dimensão relacional, ou seja, a ação exercida pelo objeto e as consequências da mesma para o psiquismo da criança. Poderíamos, assim, dizer que a escuta de Ferenczi lhe permitiu constatar que a linguagem da teoria psicanalítica não condizia com a “linguagem” falada por seus pacientes, o que por si só poderia representar mais uma “confusão de línguas”, retraumatizando-os. Foi a partir desta constatação que Ferenczi procurou desenvolver a técnica analítica muito mais no sentido de uma terapêutica do que propriamente na decifração de conteúdos representacionais.

O autor também considera que as medidas repressivas na educação têm consequências sérias para o psiquismo da criança. Além da severidade excessiva, lembra que as crianças que não foram desejadas por seu meio social, que não foram acolhidas por um objeto mediador da sua relação com o mundo externo, sofrem distorções graves em seu psiquismo (FERENCZI, 1929); e chama a atenção para o fato de que, nessas condições, a criança torna-se o lugar de passagem preferido para o sadismo inconsciente dos pais.

Cada vez mais, Ferenczi vai desenvolvendo suas percepções de forma independente de seu mestre, principalmente em seus trabalhos do final dos anos vinte. Neste artigo de 1929, por exemplo, “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” o autor húngaro questiona o ponto de vista de Freud que menciona que aqueles que perdem tão precocemente o gosto pela vida apresentam-se com uma fraqueza congênita de sua capacidade para viver, ou seja, fraqueza pulsional.

Ferenczi ressalta que o caráter congênito da tendência mórbida é simulado, em virtude da precocidade do trauma (Ferenczi, 1929).

O discípulo de Freud está interessado em investigar sobre os traumatismos precoces, suas consequências para a subjetividade. Lembra neste artigo de 1929 que “a força vital que resiste às dificuldades da vida não é, portanto, muito forte no nascimento; ela só se esforça após a imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos, por meio de um tratamento e de uma educação conduzidos com tato” (FERENCZI, 1929/1992, p. 50).

A constatação que este “processo de imunização” ocorre de forma gradativa e que depende do ambiente e de sua forma de cuidado é o ponto-chave para suas considerações teóricas e para suas formulações acerca da técnica em psicanálise.

No artigo de 1933, “Confusão de língua entre os adultos e a criança”, apresentado no congresso de Wiesbaden, em setembro de 1932, Ferenczi retoma a questão da sedução sexual, contrariando grande parte da comunidade psicanalítica da época e, em especial, o próprio Freud. Mas, não se atém a essa questão somente. No artigo citado, apresenta outros fatores que podem acarretar uma experiência traumática. E em todos os fatores traumatizantes a dimensão relacional é o pano de fundo na configuração de um excesso não metabolizável imposto pelo adulto à criança.

Como analisa Dupont (1990) no prefácio do *Diário clínico* (1932a/1990), este trabalho de 1933 gerou um abalo entre Freud e Ferenczi, tal como exposto na correspondência deste período. Mesmo antes Ferenczi vinha repensando uma série de questões ligadas ao trauma, principalmente com o intuito de criar uma terapêutica para o tratamento de seus pacientes. Assim, a crescente crítica ao dispositivo analítico criado por Freud o fez buscar a técnica mais adaptada aos pacientes considerados “difíceis” para a prática analítica. A partir de janeiro de 1932, ou seja, oito meses antes do dito congresso, decide escrever seu diário clínico, composto por anotações sobre o tratamento de seus pacientes e reflexões sobre o trauma como principal ponto de abordagem. Ferenczi insistia na realidade do trauma, sua concretude, independente da realidade psíquica. As ideias expostas no artigo de 1932 são fruto de sua experiência como clínico.

A poesia citada no início dessa parte do trabalho ilustra a linguagem da ternura, a espontaneidade e a esperança que são próprias da infância, quando ela

pode ser vivida como tal, oferecendo espaço para a criança imaginar, criar, construir, dar asas a sua imaginação e a sua onipotência. Como assinala Pinheiro (1995), o fato de Ferenczi, mencionar a ingenuidade e a inocência como sinônimos de ternura, não significa que não haja sexualidade neste contexto, mas sim que a ternura é anterior à sexualidade genital. Com relação à sexualidade infantil mencionada no texto de Ferenczi (1933), Zornig comenta:

O autor não pretendia desconsiderar a paixão e o desejo de uma criança, mas enfatizar que, mesmo quando seduz o adulto, a criança exerce a sedução para garantir um lugar de reconhecimento e amor perante este. Cabe ao adulto não interpretar a sexualidade infantil atribuindo-lhes significados adultos, mas sim, reconhecer sua forma de comunicação, sua demanda de amor (ZORNIG, 2008, p. 76).

No artigo de 1933, Ferenczi descreve o trauma como resultante da confusão que a linguagem da paixão dos adultos pode provocar na subjetividade da criança, ainda marcadamente caracterizada pela linguagem da ternura. Neste texto contundente, Ferenczi descreve o desencontro entre a sexualidade da criança (pré-genital) e a sexualidade genital do adulto. A confusão de língua pode ocorrer de diversas formas, mas, em todas as descritas por Ferenczi, a falha do ambiente provoca o trauma. Essa falha pode corresponder às seduições normalmente incestuosas dos adultos e à violência sexual que uma criança pode sofrer.

Ferenczi se refere às graves consequências para o psiquismo da criança, não somente com relação ao abuso sexual, mas também no que diz respeito aos efeitos do desmentido por parte do adulto em quem a criança confia, e recorre em busca de amparo e sentido para a experiência. O desmentido vem conferir a essa experiência traumática um caráter intensamente desestruturante e patológico. A esse respeito Ferenczi diz em seu *Diário Clínico* (1932a):

A solidão traumática, a interdição e a vontade de interdizer do pai, a surdez e a cegueira da mãe, é isso o que torna a agressão traumática, isto é, própria para fissurar o psiquismo. O ser que fica só deve ajudar-se a si mesmo e, para esse efeito, clivar-se naquele que ajuda e naquele que é ajudado. Somente quando a confiança foi conquistada, e essa auto assistência, essa auto-observação, esse controle de si mesmo (tudo isso inimigo da associação livre) abandonados é que os estados de outrora, experimentados quando da solidão completa após o trauma, podem ser profundamente sentidos (FERENCZI, 1932a/1990, p. 240).

Como se vê, a criança vive a angústia causada pelo abandono e pelo desamparo. O adulto, ao desmentir uma experiência física e mental vivida por ela, provoca uma ruptura em sua capacidade de confiar nas suas próprias percepções,

o que é extremamente desorganizador. Pois, se “a resposta do adulto é o silêncio ou a negação do abuso ou a desautorização das impressões infantis, a criança não pode, com seus precários recursos psíquicos, construir uma significação para a experiência vivida” (LEJARRAGA, 2008, p. 3). Além disso, a criança perde a confiança no outro, alguém familiar em quem ela, até então, confiava. Assim, ela perde a capacidade de transformar o estranho em familiar. Há, portanto, uma interrupção no movimento libidinal de introjeção de tudo aquilo que é passível de ser incluído e metabolizado no psiquismo.

O que resta para a criança dessa experiência de dor sem conteúdo de representação é a identificação com o agressor, fruto da introjeção inassimilável, por pura incorporação, do sentimento de culpa do adulto. Isto leva a criança a sentir-se culpada de alguma coisa que ela desconhece na tentativa de não abrir mão do adulto idealizado. A criança incorpora a culpa do adulto (TÖROK & ABRAHAM, 1995). Sente-se ao mesmo tempo inocente e culpada. O próprio aparelho de pensar se torna fragmentado (clivagem), esfaçalhado, destruído pelo movimento de tentar compor as partes dessa experiência invasiva de abandono e solidão.

Em seu *Diário clínico* (1932a) sintetiza sobre o trauma, sobre como pode se instalar um sentimento de culpa opressor gerado pelo objeto externo, pelo meio passional que ignora tudo sobre a psicologia da criança:

A criança profundamente perturbada pelo choque da agressão intempestiva e por seu esforço de adaptação, não possui uma força de julgamento suficiente para criticar a conduta dessa pessoa de autoridade. Os esforços tímidos realizados nesse sentido são rechaçados pelo culpado de maneira brutal ou ameaçadora, a criança vê-se repreendida como mentirosa. Por outro lado, a criança sente-se intimidada pela ameaça de uma retirada de amor, até mesmo de sevícias corporais. Não tardará muito para que comece a duvidar dos seus próprios sentidos ou – o que é mais frequente – trate de se subtrair a toda e qualquer situação de conflito, refugiando-se nos sonhos diurnos, ou devaneios, e respondendo daí por diante às exigências da vida vígil à maneira de um autômato. [...] A criança precocemente seduzida adapta-se a essa tarefa difícil com a ajuda de uma identificação completa com o agressor (FERENCZI, 1932a/1990, p. 237).

Ferenczi (1933) também diz que a consequência da comoção psíquica, inatingível pela consciência, é que ela não pode ser recalçada, não forma nenhum traço mnêmico, restando apenas as marcas corporais excluídas do sistema de memória. Estas sim poderiam ser atuadas ou repetidas através das manifestações

neocatárticas ou símbolos mnésicos corporais, tema também desenvolvido por Balint e Winnicott, como veremos.

A criança se organiza psiquicamente através dos sentidos que são dados pelo outro, o adulto, que teria condições de mediar a relação entre ela e seu mundo. É essa experiência que nos torna humanos. Quando o adulto se dispõe a entrar em sintonia com a linguagem da criança, consegue junto a ela criar elos afetivos, tecer sentidos através de uma “cumplicidade divertida” (DOLTO, 1999). Possibilita, assim, que as experiências possam ser introjetadas e simbolizadas. A introjeção é responsável pela inclusão na esfera psíquica das representações e de suas associações, determinando e permitindo ao sujeito estruturar-se narcisicamente (PINHEIRO, 1995).

Mas o impacto do choque inesperado age como um anestésico no aparelho psíquico e gera a suspensão de sua capacidade de sintetizar, organizar, de unir e ligar, somado ao estado passivo e sem resistência. Tais condições afetam a capacidade perceptiva, e o próprio pensamento e a personalidade ficam desprotegidos. O sentimento de si é substituído por um sentimento de vazio total. Ferenczi assinala que, nestas condições, não há defesa possível que possa ser erguida.

O trauma, assim, não é decorrente antes de tudo de um conflito intrapsíquico, mas de vivências reais que não puderam ser representadas pelo psiquismo. O autor chama atenção não somente para as consequências do trauma no psiquismo, mas também no funcionamento do organismo como um todo, ao nível somático, isto é, para uma agonia ao mesmo tempo física e psíquica. “A dor é tão extrema que a criança precisa distanciar-se de si mesma, afastar-se de seu psiquismo e de seu corpo” (LEJARRAGA, 2008, p.3). É uma experiência de profunda desorientação psíquica e a autodestruição é o único recurso possível para lidar com o desprazer que não pode ser superado, a angústia inominável.

Em outros termos, o trauma para Ferenczi (1933) é a reação a uma excitação externa ou interna num modo mais autoplástico, isto é, impõe uma modificação no eu. O ego não consegue se defender de forma a modificar a excitação, o que evidenciaria uma mudança aloplástica. O trauma, portanto, age unicamente no ego e à custa do ego, como lembra Pinheiro (1995). E o ego clivado é capaz de produzir apenas representações precárias, pois perde as funções de síntese. Ferenczi (1933), a esse respeito, comenta que a neoformação do ego

só ocorre após uma destruição parcial ou total do ego precedente, a partir de sua fragmentação. O estado de transe devido ao impacto do trauma é a defesa possível, pois diminui o caráter penoso da ação excitatória e possibilita que a parte do ego que permaneceu intacta se restabeleça. Mas a eliminação da consciência acarreta também lacunas da memória relativas ao que se passou durante a comoção.

O que se sobressai nessa concepção é que, para Ferenczi, o trauma resulta de uma falha na relação entre o sujeito e o outro, é contingente e não constitui a essência desta relação ou momento inicial da constituição subjetiva, como lembra Souza (2003). Tal pensamento é divergente com relação a Freud, que construiu sua teoria tendo por referência o mecanismo do recalque, ou seja, o trauma estruturante.

Além da modificação no psiquismo da criança gerada pelo amor forçado, em outras palavras, pela confusão que a linguagem passional provoca no psiquismo em formação, Ferenczi fala das punições passionais de adultos furiosos. Essas reações também provocam uma mudança autoplástica no psiquismo em desenvolvimento. A criança se sente culpada, sem compreender qual delito cometeu, o que acarreta em uma submissão imediata e incondicional da sua parte. A raiva que ela sentiria dessa situação que lhe é imposta retorna para ela mesma, que se sente culpada pelo ocorrido. Neste contexto, a personalidade procura tornar o choque inexistente, o que leva a uma espécie de anestesia emocional.

Essa leitura do trauma nos remete a uma compreensão a respeito do superego diferente da concepção freudiana, na qual a formação daquela instância seria correlativa ao declínio do complexo de Édipo. Ferenczi chama atenção para o fato de que muito precocemente a criança sentiria os efeitos da linguagem passional e repressora do adulto. Tal concepção a respeito do superego nos ajuda na compreensão da dor psíquica de pacientes que, diante de certas pressões da vida, sentem-se ameaçados pela crítica severa introjetada, em que as próprias escolhas perdem sentido, e junto a isso o próprio sentimento de si se torna inconsistente.

O terrorismo do sofrimento é outra forma de traumatizar a criança, que fica refém, obrigada a cuidar dos adultos e a se tornar uma espécie de substituto materno, um cuidador em detrimento dos interesses e necessidades de cuidados

próprios da infância, o que leva a um amadurecimento precoce. Lejarraga (2008) lembra que “o desenvolvimento súbito na criança de faculdades emocionais e intelectuais de um adulto maduro é um processo que acompanha a identificação com o agressor e esse amadurecimento deformado e precoce, torna a criança, nas palavras de Ferenczi (1933/1992, p. 104), um “bebê sábio”. Ferenczi (1933) considera tal mecanismo de prematuração patológica, a progressão traumática, uma das reações possíveis frente ao trauma ou choque psíquico.

Além desse mecanismo posto em ação frente à profunda divisão egóica gerada pela experiência traumática, a criança pode regredir a uma fase anterior, na tentativa de tornar tal vivência inexistente. Esse é o mecanismo descrito por Ferenczi como regressão traumática. Tanto a regressão, como a progressão traumática levam a um sentimento de inconsistência do eu, descrita muitas vezes pelos pacientes com a expressão “eu me sinto uma farsa”. Tal sensação tem raízes muito profundas, que levam à falta de confiança em si mesmo, apesar de, paradoxalmente, terem de fato muito cedo na vida aprendido a levar “o mundo em seus ombros”.

A teoria de Ferenczi sobre o trauma foi construída a partir das observações de sua prática clínica. Em seu *Diário Clínico* (1932a), o psicanalista descreve as reações emocionais e os sintomas corporais decorrentes de experiências traumáticas nem sempre passíveis de serem traduzidas em palavras, posto que correspondiam a vivências psiquicamente irrepresentáveis:

O que se passa quando o sofrimento aumenta e ultrapassa a força de compreensão do pequeno ser? O uso corrente caracteriza o que se segue pela expressão: “a criança está fora de si”. Os sintomas de “estar fora de si” (vistos do exterior) são: ausência de reação do ponto de vista da sensibilidade, câimbras musculares generalizadas, frequentemente seguidas de paralisia generalizada (“ausentar-se”). A crer nas declarações de meus pacientes que me descrevem tais estados, pois bem, esse “ausentar-se” não é forçosamente “não estar”, mas apenas um “não-estar-lá” (FERENCZI, 1932a/1990, p. 65).

A esse respeito, o autor húngaro diz que a clivagem em duas personalidades com diferentes tendências e falta de coesão pode levar à fuga de ideias, por consequência da fragmentação do psiquismo. Ferenczi assinala a inter-relação do psíquico com o orgânico, afirmando que, nestas condições psíquicas, o organismo como um todo fica em um estado de anarquia: “a cooperação dos órgãos torna-se mais fraca ou cessa; de fato, é um abandono do trabalho de

cooperação, por economia de energia e limitação às tarefas locais, poderia favorecer os processos de regeneração” (FERENCZI, 1932a, p. 72). Na continuidade, expõe que o processo de fragmentação decorrente da comoção psíquica instaura um processo de destruição, mas, paradoxalmente, faz operar também essa regeneração. Para esclarecer seu ponto de vista, cita como exemplo o caso de uma criança que tenha sofrido uma agressão inevitável: “‘ela entrega sua alma’ com a convicção de que esse abandono total de si pode criar circunstâncias mais favoráveis para poder suportar a violência” (FERENCZI, 1932a, p. 73). E mesmo corporalmente:

Os órgãos, tecidos, tornam-se mais extensíveis, os ossos mais flexíveis, sem quebrar, numa pessoa desmaiada que não se opõe à violência do que numa pessoa no estado vigíl, (...) aquele que “entregou a alma” sobrevive, portanto, corporalmente à morte e começa a reviver com uma parte de sua energia; a própria unidade com a personalidade pré-traumática é assim restabelecida com êxito, é verdade que acompanhada, na maioria das vezes, de perda de memória e amnésia retroativa, de duração variável (FERENCZI, 1932a/, p. 73).

Ferenczi menciona que esse fragmento esquecido é a parte morta que se encontra continuamente na agonia da angústia. Durante o tratamento, se o paciente realiza um mergulho catártico até a fase do vivenciado, ainda sente os sofrimentos, mas nem sempre sabe o que se passa, por efeito da clivagem.

As descrições minuciosas dos sintomas psíquicos e corporais visavam à compreensão do sofrimento de seus pacientes. Muitos deles indicavam que a técnica analítica clássica não era suficiente para produzir mudanças mais efetivas e, inclusive, se mostrava inadequada para as necessidades enfrentadas durante o tratamento.

O pensamento clínico de Ferenczi é desenvolvido sobre o mecanismo da dissociação e sobre uma concepção específica de traumatismo. Uchitel (2001) comenta que “a agressão, a confusão, a surpresa, a violência e o choque impedem a criança de mobilizar o recalque, produzindo uma defesa mais drástica, a clivagem, pela qual passa a se sentir, ao mesmo tempo, ‘inocente e culpada’” (UCHITEL, 2001, p. 81).

Dessa forma, o autor ofereceu a possibilidade de ampliação do campo psicanalítico. Referimo-nos aqui a sua compreensão a respeito da dimensão corporal e afetiva, das manifestações corporais, denominadas de “símbolos mnêmicos físicos”. Além disso, Ferenczi procurou criar meios terapêuticos para

tratar seus pacientes e, para isso, considerou fundamental se manter em sintonia com o paciente. Diante disso, levava em consideração o que o paciente esperava dele:

O que ela espera agora de mim é (1) o crédito concedido à realidade do evento, (2) assegurar-se de que eu a considero inocente, (3) inocente mesmo que se apurasse ter ela experimentado uma enorme satisfação quando da agressão e que devotava grande admiração ao pai, (4) a certeza de que eu não me deixaria arrastar para um movimento passional desse gênero (FERENCZI, 1932a /1990, p. 240).

Ao procurar criar meios terapêuticos para trabalhar com pacientes que vivenciaram situações traumáticas em uma fase precoce de seu desenvolvimento emocional, e que não tinham condições de lidar ou de se defender psiquicamente, Ferenczi contribuiu de forma inovadora para a teoria e a técnica psicanalíticas.

Na primeira parte de “Reflexões sobre o trauma” (1934/1992), seu trabalho publicado postumamente, procura explicitar os efeitos do trauma, seu impacto e consequências para o psiquismo. O autor lembra que a fase anterior ao choque é caracterizada pelo sentimento de segurança e confiança em si e no ambiente. Em outros termos, o choque vem sempre sem preparação e é seguido pela perda repentina desses sentimentos, substituídos pelo de total solidão e desamparo. O choque traumático gera, então, um impacto no psiquismo e no corpo.

A consequência imediata do traumatismo é a angústia, que consiste num sentimento de incapacidade de lidar com o excesso de desprazer crescente. Ferenczi lembra que a medida em que o salvamento não chega e a esperança de salvamento é excluída, a única saída é a autodestruição. “O mais fácil de destruir em nós é a consciência, a coesão das formações psíquicas numa entidade: é assim que nasce a *desorientação psíquica*” (FERENCZI, 1934/1992, p. 111, grifado no original).

A esse respeito, vale mencionar algumas anotações de seu *Diário clínico* (1932) que complementam esta ideia. Ferenczi assinala que “o efeito duradouro do trauma provém da ausência de um ambiente benévolo, compreensivo e esclarecedor” (FERENCZI, 1932a/1990, p. 258). Há nestas palavras a menção clara ao papel do objeto na formação do sentido que possa ser construído como forma de lidar com o trauma; sentido, todavia, que para ser construído depende da disponibilidade afetiva e emocional do objeto.

Diante do desamparo, gerado pela vivência de abandono, as defesas se tornam mínimas, transitórias e momentâneas, não restando outra saída a não ser o abandono sem resistência, como forma de minimamente se proteger. “O nosso próprio sentimento-de-si inclina-se a dar preferência à segunda possibilidade: abandonar sem resistência é, mesmo no nível da representação, inaceitável” (FERENCZI, 1934/1992, p.110). Assim, o irrepresentável da situação traumática decorre do profundo sentimento de abandono e desamparo, da ausência de um objeto que ajude a formular um sentido reorganizador através do cuidado.

Diante disso, paradoxalmente, a desorientação funciona como válvula de escape para suportar a realidade do trauma; pela suspensão da percepção, negação do sofrimento e por uma formação nova de realização do desejo a partir dos fragmentos. Em seu *Diário clínico* (1932a), o psicanalista esclarece que a eliminação da consciência do ego acarreta na diminuição do sofrimento e permite parte do ego que permaneceu intacta restabelecer-se novamente.

Ferenczi assinala que a angústia gerada pelo trauma pode vir a se transformar em medo da loucura. “Naqueles que são vítimas de mania de perseguição, a tendência para *proteger-se*, para defender-se dos perigos, prepondera sobre a angústia como aflição” (FERENCZI, 1934/1992, p. 111). O autor também menciona que “a mania de perseguição, a megalomania e o sentimento de onipotência, de poder tudo destruir, são inconscientes na maioria dos casos” (FERENCZI, 1934/1992, p. 111). Mas ressalta que o comportamento dos adultos em relação à criança traumatizada é determinante para as consequências acima mencionadas, pois incompreensão, punição e injustiça exigem muito mais do que a criança é capaz de suportar. Diante de tudo isso, Ferenczi considera que a análise tem que abrir caminho através dessas camadas, fazendo clara menção à necessidade de aprofundar o trabalho analítico, de forma que o infantil e o traumático possam ser elaborados.

Na segunda parte do artigo “Reflexões sobre o trauma” (1934), Ferenczi lembra que Freud em “A interpretação dos sonhos” (1900) apresenta, como única função do sonho, a realização dos desejos, mas Ferenczi quer também assinalar a função do sonho de elaboração do trauma. O que está em jogo, nesta perspectiva, é uma concepção metapsicológica do sonho diferente, “uma definição mais completa da função do sonho seria [...] todo e qualquer sonho, ainda o mais desagradável, é uma tentativa de levar acontecimentos traumáticos a uma

resolução e a um domínio psíquicos melhores” (FERENCZI, 1934/1992, p. 112). Por esta perspectiva, apontada pelo autor húngaro, o que está em ação não é só a pulsão de morte, mas a tentativa de restabelecimento dos efeitos do trauma, ou seja, a pulsão de vida.

Ferenczi considera que os sonhos de angústia e os pesadelos são realizações de desejo imperfeitamente conseguidas, mas não se pode desconhecer seu atrativo no trabalho de deslocamento realizado. O retorno de impressões sensíveis traumáticas não resolvidas surge mais facilmente no sonho, isto é, a tendência à repetição do trauma é maior durante o sono que no estado de vigília. Este efeito restaurador decorre do fato de que o estado de inconsciência do sono “favorece não somente através da dominação do princípio do prazer (a função de realização do desejo do sonho), mas também o retorno de impressões sensíveis traumáticas, não resolvidas, que aspiram à resolução (FERENCZI, 1934/1992, p. 113). Esta é a função traumatológica do sonho. Ferenczi julga o sonho primário como a repetição do trauma e o secundário como o domínio parcial do trauma a partir da clivagem narcísica.

Podemos dizer que sua preocupação era desenvolver uma prática clínica que não fosse uma repetição do trauma, oferecendo espaço para a regressão terapêutica. Ferenczi percebeu que o movimento psíquico da regressão na análise não estaria relacionado à resistência, mas a uma necessidade dos pacientes traumatizados, tema que será desenvolvido na terceira parte deste trabalho.

O autor traz para a reflexão a importância da contratransferência de uma forma até então não elaborada pela psicanálise. Considera fundamental nesse processo que o analista leve em consideração os sentimentos, as sensações que surgem no campo transferencial e possam ser transpostas em palavras, visando à elaboração dessas vivências. A experiência clínica de Ferenczi o levou a reconhecer a importância da constituição de uma confiabilidade com relação ao analista, exigível em qualquer circunstância. É esse sentimento de confiança que cria uma atmosfera de sustentação no caminho que o paciente vier a seguir, seja através de palavras, pelas associações que puder realizar, ou nos atos que lhe permitirão entrar em contato com o que não pode ser verbalizado.

Essa forma de conceber o trabalho analítico é desenvolvida, mais precisamente, em “A Elasticidade da técnica” (1928a), artigo que marca a ruptura com a técnica ativa, que tinha como base o princípio de abstinência, e em

“Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930). Esses artigos demonstram nitidamente a percepção de Ferenczi de que a atitude do analista com os pacientes traumatizados precisava ser outra; considerava a atitude fria ou mesmo hipócrita por parte do analista um mal a ser erradicado da clínica psicanalítica. Na verdade, essa mudança já vinha se insinuando desde o seu trabalho sobre as “Contra-indicações da técnica ativa”, publicado em 1926.

No artigo de 1930, há importantes considerações que interessam à clínica contemporânea, na medida em que se refere a um estilo de trabalho no qual é necessário o acolhimento da repetição, da atuação e de outras formas não verbais de comunicação. Esse artigo também antecipa a ideia de construção desenvolvida por Freud em 1937, como lembra Pinheiro (1995).

De fato, Freud influenciou, mas também foi influenciado pelo pensamento de Ferenczi. Figueiredo (1999) fala a respeito desta influência mútua, chamada de espetáculo da intertextualidade, ao descrever a relação de troca intelectual entre os dois autores e os cruzamentos entre seus textos “Thalassa” (Ferenczi, 1924) e “Além do princípio do prazer” (Freud, 1920). O autor chama atenção para o fato de Ferenczi retomar em seu texto a ideia de ritmo oscilante nas relações entre pulsão de morte e pulsão de vida, tal como exposto no texto freudiano de 1920. Assinala ainda que Ferenczi, além de retomar esta ideia, renova-a e a aprimora em suas considerações bioanalíticas que, ultrapassando a lógica identitária e o mero dualismo pulsional, apontam para o caráter regressivo que visa à restauração.

Por outro lado, há distinções. Bokanowski (2002), por exemplo, lembra que Ferenczi e Rank após a virada de 1920, ao reexaminarem o artigo “Recordar, repetir e elaborar” (1914), propõem a ideia de que a recordação não é a verdadeira expressão manifesta da transferência, como afirmou Freud, mas sim a compulsão à repetição.

Sabourin (1988) comenta sobre o autêntico reconhecimento *post mortem* da parte de Freud com relação a esta parceria entre os dois autores, falando de uma paternidade mútua. A intensa amizade, a troca de correspondências e o momento propício e efervescente na história da psicanálise, em seu desenvolvimento como teoria e clínica mais consolidada, foram importantes para a produção de ambos. De fato, vemos claramente a influência dos textos de Ferenczi em muitos trabalhos de Freud, principalmente em seus últimos trabalhos.

A leitura do trauma na perspectiva ferencziana ampliou as possibilidades de investigação sobre diferentes modos de ocorrência do trauma desestruturante, gerador, não do conflito psíquico, mas da clivagem psíquica, tal o impacto violento e inesperado que cria lacunas, atomiza o ego e atenta contra o sentimento de si, resultando em desvios graves no psiquismo (UCHITEL, 2001). O trauma produz uma neoformação, uma aniquilação do ego, que, não podendo se defender ou modificar a excitação excessiva que vem em sua origem do exterior, busca como último e único recurso “adaptar-se” para minimamente sobreviver.

Muitos autores encontraram nas ideias de Ferenczi um campo de estudo fundamental para a compreensão do sofrimento de seus pacientes, principalmente os pacientes graves. Dentre eles, Balint, Winnicott e Khan. Estes foram alguns dos autores que, inspirados pelas ideias ferenczianas, puderam desenvolver temas tão importantes para a clínica psicanalítica, como os traumas cumulativos, as angústias impensáveis, e a falha básica. Isto é, traumas graves, não somente pela intensidade, mas também por se instalarem tão precocemente no desenvolvimento psíquico. Vejamos, então, algumas dessas contribuições, assinalando que em todas elas a relação sujeito-objeto ganha um teor específico e diferenciado para a teoria e clínica psicanalíticas.

3

A clínica psicanalítica diante do traumático em uma abordagem winnicottiana

3.1

O trauma na abordagem de Winnicott

3.1.1

A relevância de sua teorização

A teoria de Winnicott sobre o trauma é construída tendo como base sua experiência clínica, principalmente caracterizada pelo atendimento a pacientes graves, psicóticos, *borderlines* e também pelo atendimento a crianças. Além de psicanalista, Winnicott sempre manteve sua prática como pediatra, o que lhe permitia, muitas vezes, manter-se afastado dos pressupostos teóricos psicanalíticos, que indicavam uma base muito distinta daquela vivenciada no cotidiano de sua clínica, enriquecida pela observação da relação entre as mães e seus bebês. Essa experiência, sem dúvida, foi determinante para o reconhecimento do papel da dimensão relacional e afetiva nos processos de constituição psíquica e integração do ego.

A riqueza dessas constatações apontava para a necessidade de se investigar os processos psíquicos de uma forma muito mais ampla do que aquela estabelecida dentro dos limites da metapsicologia freudiana, construída a partir da clínica da neurose.

Com relação à clínica destes pacientes com os quais Winnicott lidava, Plastino comenta que o psicanalista “é confrontado com processos associados à constituição da subjetividade e seus fracassos, devendo assim lidar com outros mecanismos de defesa e com outras modalidades de transferência ou, em sentido mais amplo, de relação terapêutica” (PLASTINO, 2014, p. 33). Além disso, este autor também assinala que essa clínica apresenta “questões que interpelam as categorias metapsicológicas ortodoxas, como, por exemplo, o narcisismo primário

ou o papel protagônico da dinâmica pulsional na fase do desenvolvimento emocional primitivo” (PLASTINO, 2014, p. 33).

Essa também foi basicamente a crítica desenvolvida por Balint, como veremos a seguir. O que esses autores querem ressaltar é a importância do papel do ambiente no processo de desenvolvimento emocional primitivo, tema negligenciado pela teoria freudiana e interpretado por um viés restrito ao enfatizar a dimensão pulsional, principalmente pelo enfoque da destrutividade:

O que o autor rejeita é a postulação dogmática de um princípio cósmico de validade a-histórica que embasaria a insuperável tendência humana à destruição e à agressão. Dita postulação, pensa, fecha o caminho para a compreensão das situações concretas nas quais a força vital se exprime como agressão. Chega a afirmar que, com a hipótese da pulsão de morte, Freud e Klein pouparam-se de investigar o papel do ambiente na emergência da agressão (PLASTINO, 2014, p. 34).

Tanto Winnicott como Balint, a partir da leitura ferenciana, trazem para a discussão a perspectiva na qual o trauma é considerado resultante da falha na relação entre o sujeito e o objeto, assim como redimensionam o valor das dualidades psíquico/corporal e pulsional/relacional. Tal leitura lança luz não somente à compreensão dos processos de constituição psíquica, mas também aos processos de subjetivação na análise. Se o que traumatiza não se reduz ao poder dos desejos edípicos inconscientes e das fantasias decorrentes e sim às vivências concretas e relacionais, toda a forma de compreensão dos processos psíquicos e certos conceitos em psicanálise precisariam ser revistos.

Souza (2000) lembra que, para a psicanálise contemporânea, as divergências entre as posições de Klein e as posições dos teóricos das relações de objeto – no que tange ao estudo da alteridade no início da vida do bebê – são muito importantes, já que os psicanalistas da relação de objeto consideram como característica mínima do psíquico uma dimensão terna e não pulsional. Tal pressuposto se opõe radicalmente à ideia da pulsão de morte no nascimento psíquico, como postulava Klein.

Além desse aspecto, a leitura sobre o amor e o ódio na concepção de autores como Winnicott e Balint se opõe substancialmente à desenvolvida por Klein. Como podemos pensar na contratransferência a partir desta concepção? Que interpretações podem surgir numa análise, a partir de determinado pressuposto teórico, ainda que se considere toda a teoria como ficção, conforme

Mannoni (1986). Se de fato uma análise é o espaço privilegiado, no qual processos traumáticos possam vir a ser elaborados, até que ponto o analista, tendo por base essa ou aquela teoria, não promove verdadeiras distorções ou traumas? Essas questões são trazidas à discussão por Winnicott e Balint.

3.1.2

Principais considerações da abordagem winnicottiana

A noção de trauma na teoria de Winnicott pode ser compreendida a partir da conjunção de alguns fatores. Em primeiro lugar, o valor dado por ele ao ambiente. Dessa forma, podemos dizer que, seguindo a tradição ferencziana, o autor considera fundamental o fator externo como preponderante na questão do trauma. Além disso, Winnicott enfatiza que o início da vida é marcado como o período em que a dependência do ambiente, no caso da mãe suficientemente boa, é absoluta. Essa ênfase na dependência foi desenvolvida não tanto a partir da observação direta dos lactentes, mas é resultante de estudos sobre a transferência e fenômenos contratransferenciais no atendimento a pacientes *borderlines*, cuja etiologia, segundo Winnicott (1960b), envolve uma distorção do tempo da dependência absoluta.

Um terceiro fator que nos ajuda a pensar na maneira de Winnicott conceber o traumático é a ideia de processo, que pressupõe uma dimensão temporal, ou seja, o trauma varia de significado de acordo com o estágio do desenvolvimento emocional da criança. Se o trauma implica, portanto, em uma não adaptação por parte do ambiente, em um estágio em que a dependência é absoluta, a falha materna provoca reação à intrusão e as reações interrompem o “continuar a ser”. A esse respeito, nos diz Winnicott:

O ponto principal é que essas falhas são imprevisíveis; não podem ser consideradas pelo lactente como projeções, porque este não chegou ainda ao estágio de estrutura do ego que torna isto possível e o resultado é o aniquilamento do indivíduo. A continuidade de sua existência é interrompida (WINNICOTT, 1963b, p. 231).

Winnicott quer ressaltar que no estado de indiferenciação inicial mãe-bebê, as falhas maternas e as reações a elas não resultam em frustrações como seriam em fases posteriores, mas correspondem a experiências invasivas, a angústias

inomináveis, a sensações de aniquilamento e à desintegração. As falhas não são sentidas como falhas da mãe, mas como ameaças à existência do eu. Nesse estágio, não podemos falar propriamente em relação objetal; o que há é uma unidade mãe-bebê, e esse estado de união plena é uma necessidade, devido ao ego do bebê ainda frágil e sem condições de defesa para lidar com estímulos excessivos do ambiente.

A base para o estabelecimento do ego é um suficiente “continuar a ser” não interrompido por reações à intrusão. Quando essa experiência de continuidade é interrompida pela necessidade de reação, uma deficiência no setor da confiabilidade é introjetada. Winnicott considera essencial para o bem-estar do lactente que a mãe desenvolva a capacidade de se identificar com seu bebê.

O conceito de identificação primária foi usado raramente por Freud, conforme lembram Laplanche & Pontalis (1995). Coelho Júnior (2001) menciona que através da noção de identificação, principalmente a primária, a ideia de introjeção do objeto começa a ser esboçada e reconhecida como elemento central na constituição da subjetividade na teoria freudiana.

Já na concepção de Winnicott, o termo identificação primária se amplia por um viés relacional, como campo de forças específicas que passa por uma dimensão afetivo-corpórea, chamada por ele de *preocupação materna primária*. Vale ressaltar que nessa fase inicial, pelo ponto de vista do bebê, não podemos falar em relação, pois o que há é uma unidade mãe-bebê. “De fato o termo identificação primária implica num ambiente ainda não diferenciado daquilo que mais tarde virá a ser um indivíduo” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 394). O bebê está tendo experiências de contato com objetos (objetos subjetivos pelo ponto de vista do bebê) que começam a fazer parte dele através da identificação primária.

O fenômeno chamado de *preocupação materna primária* é este estado que possibilita que a mãe seja capaz de reconhecer as necessidades do bebê, evitando falhas no cuidado inicial, que representariam a vivência de ansiedades impensáveis ou arcaicas.

Nesse estágio do desenvolvimento, o lactente não possui ainda condições de esperar muito tempo pelo atendimento de suas necessidades, precisando do suporte egóico que é oferecido pela mãe. Essa é a experiência do *holding* psicológico e físico, que será importante e necessário por toda a vida, mas em níveis diferentes.

No início da vida, o bebê compreende o amor expresso em termos físicos, através dos cuidados, que constituem uma experiência de sentir-se amparado e sustentado. Da mesma forma, a confiabilidade no ambiente é vivenciada através dos gestos, do contato físico, através do ato e do ritmo, pois, nessa fase da vida, a linguagem verbal ainda não tem importância. Neste momento, o bebê registra aspectos relacionados à forma e não ao conteúdo. A comunicação nessa fase da vida é silenciosa, acontece pela via corporal e afetiva. A consistência da presença da mãe e a continuidade nos cuidados possibilitam que a capacidade de confiar se desenvolva, ou seja, a “crença na confiabilidade” dos objetos (FIGUEIREDO, 2009). E a continuidade do ser é, portanto, resultante da experiência subjetiva do bebê de ser fundido à mãe. O ser é resultante da experiência de *holding*.

Winnicott também enfatiza a importância da falha materna posteriormente, quando já há um ego integrado, ou seja, a importância da desilusão que é essencial para a criatividade. “Se a interação de fusão e separação é a essência da criatividade, o estabelecimento da separação é essencial” (GIOVACCHINI, 1995, p. 101). É a união mãe-bebê que permite que a separação possa ser vivida como tal pelo bebê. A criatividade surge como consequência da sobrevivência da mãe e do bebê ao ódio que a criança sente da mãe. A criança cria seu espaço próprio a partir dessa vivência de que a sobrevivência é possível, de que a mãe aceita o caráter criativo de seu bebê, de que ela aceita a separação.

Para Winnicott, portanto, o trauma é contingencial, dependente das formas de interação com o ambiente que poderá ou não oferecer o cuidado necessário. Em seu trabalho de 1965, “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família” Winnicott discute essa questão que envolve o papel preventivo exercido pela família em cada etapa do amadurecimento - “a família fornece à criança que cresce uma *proteção quanto ao trauma*” (WINNICOTT, 1965/1994, p. 102, grifado no original) - e lembra que o significado de trauma muda de acordo com o grau de dependência. O processo de amadurecimento só se torna possível de maneira saudável em um ambiente facilitador que não impeça a tendência inata da criança ao crescimento, ou seja, um ambiente em sintonia com as necessidades sempre mutáveis da criança.

A noção de trauma, as agonias ou angústias impensáveis, são descritas por Winnicott (1965/1994) como um eterno cair e experiências de desintegração, despersonalização, desorientação. Todo esse quadro é uma reação a uma falha

ambiental, a algo vivenciado que produziu o estado de desamparo. Vejamos as considerações de Winnicott a respeito destas defesas primitivas, reconhecendo que para este autor o trauma é um impacto, algo que é gerado pelo ambiente, antes de o ego ter se desenvolvido. Assim, impedido de viver o estado não-integrado e relaxado, decorrente do *holding*, que possibilitaria a vivência de continuidade de ser, surge a formação de um estado ansiogênico em um ser absolutamente dependente do ambiente. Esta vivência de uma ansiedade inimaginável leva ao estado de desintegração pela quebra ou inexistência da experiência de se sentir seguro. Se a ação desta defesa fracassa ocorre a experiência de fragmentação. Desta forma, a necessidade de defesas precoces representará modificações ou distorções sérias no desenvolvimento.

Winnicott (1945) (1962a) ao descrever o caos do estado de desintegração também comenta, em contrapartida, que a experiência de se sentir seguro possibilita a criação de um estado de integração, de sentir-se uno, uma sensação de unidade. Além disso, desenvolve suas considerações a partir do ponto de vista do bebê, deixando claro em sua teoria que se trata de uma necessidade primordial de reconhecimento pelo outro para que o existir possa realmente ser um fato. “Meu existir é visto e compreendido por alguém, (...) é me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidência de que necessito de ter sido percebido como existente” (WINNICOTT, 1962a/1983, p. 60). A esse respeito, Winnicott (1945) menciona que alguns pacientes demonstram a necessidade de se sentirem integrados através das descrições pormenorizadas feitas ao analista sobre o fim de semana, por exemplo. O autor considera que é uma necessidade do paciente de “ser conhecido em todos os seus pedaços por uma pessoa, o analista. Ser conhecido significa sentir-se integrado pelo menos na pessoa do analista” (WINNICOTT, 1945/1988, p. 275). O psicanalista inglês também comenta:

É isso o que comumente ocorre na vida da criança muito pequena e um bebê que não teve qualquer pessoa para *juntar seus pedaços* começa com uma desvantagem sua própria tarefa de auto-integração e talvez não consiga compreendê-la, ou pelo menos não consiga manter sua integração *com confiança* (WINNICOTT, 1945/1988, p. 275, grifo nosso).

A confiança básica que se constitui no início do processo de desenvolvimento, seria resultante de uma presença suficientemente boa, que ajudasse o indivíduo em desenvolvimento a integrar-se, a sentir-se uno, atendendo

suas necessidades dentro de um espaço de tempo suportável e permitindo a vivência de sentir-se seguro. Não ocorrendo isso, resta a tarefa de auto-integração, de uma criança que muito precocemente passa a cuidar de si própria, mas que busca o reconhecimento do outro para se sentir integrado. Essa descrição nos remete a ideia do bebê sábio, mencionada por Ferenczi.

Para Winnicott (1945/1988) o estado integrado é uma conquista que decorre da experiência de ser nomeado, embalado, banhado, manipulado em condições ambientais que mantenham a temperatura do bebê, mas também do ambiente que acolhe o ataque voraz e o interpreta como uma agressividade não destrutiva. Do contrário, pode ocorrer uma inibição precoce, prejudicando o processo de amadurecimento.

Em “O ódio na transferência” (1947/1988), Winnicott oferece contribuições muito importantes tanto para quem cuida de seu bebê, como para quem lida com pacientes em situações clínicas, pois a questão do ódio é um tema complexo e bastante controverso em psicanálise. Neste artigo Winnicott diz “sugiro que a mãe odeia o bebê antes que o bebê a odeie, e antes que o bebê possa saber que sua mãe o odeia” (WINNICOTT, 1947/1988, p. 350). O autor apresenta uma série de razões para a mãe odiar seu bebê e também fala da importância da mãe tolerar seu ódio pelo filho, o que significa não exprimi-lo para ele “a coisa mais notável acerca de uma mãe é sua habilidade de se deixar ferir tanto pelo bebê, e de odiar tanto sem se vingar na criança, e sua habilidade em esperar por recompensas que podem ou não vir mais tarde” (WINNICOTT, 1947/1988, p. 352). Winnicott faz referência ao masoquismo feminino, não como algo natural na mulher, mas como uma habilidade complexa a ser conquistada. Além disso, o autor critica o sentimentalismo, pois ele nega o ódio e impõe uma atitude adaptativa por parte da criança ou do paciente regredido. A paciência, a tolerância e a confiança precisam ser características de quem lida com bebês e pacientes regredidos, principalmente.

Dando continuidade ao tema das defesas precoces frente ao trauma, Winnicott também menciona o estado de despersonalização. Esta ocorre quando a integração entre o corpo e a psique não pôde acontecer. O autor lembra que o ego se baseia em um ego corporal, mas isso é uma conquista, não uma garantia. Winnicott (1962a/1983) a esse respeito comenta que a união firme entre o ego e o corpo e suas funções, tais como a pele enquanto membrana limitadora, decorrem

do manejo ativo e adaptativo suficientemente bom que representa a provisão oferecida pelo meio. Este tipo de manejo que permite uma associação psicossomática, pois “em circunstâncias favoráveis a pele se torna o limite entre o eu e o não eu. Dito de outro modo, a psique começa a viver no soma e uma vida psicossomática de um indivíduo se inicia” (WINNICOTT, 1962a//1983, p. 60).

A integração e a personalização são concomitantes e não processos que se sequenciarão. Winnicott também descreve as ansiedades relacionadas a não constituição da casca limitadora e protetora que se forma quando ocorre a experiência de ser cuidado. O cuidado possibilita que o cerne ou o núcleo do ser possa vir a tornar-se um indivíduo. Winnicott (1952) nos diz que as técnicas do cuidado suficientemente bom neutralizam a perseguição externa e previnem os sentimentos de desintegração e de perda de contato entre a psique e o soma. Ainda nesse artigo, o autor esclarece que o cuidado possibilita a criação de uma membrana limitadora (personalização) ao mesmo tempo em que forma um interior; o mundo externo, sob o ponto de vista do bebê, que não existia até então, começa a ser criado.

Outeiral (2003), ao falar sobre o mecanismo de cisão no pensamento clínico e teórico de Winnicott, lembra a importância desse conceito, desenvolvido por Freud em “Inibição, sintoma e angústia” (1926), no texto sobre “Fetichismo” (1927) e também trabalhado em 1938, em “A cisão do eu no processo de defesa”. Segundo Outeiral (2003), o mecanismo de cisão é evidenciado em três originais conceitos de Winnicott: verdadeiro e falso self, na dissociação psique-soma e nos elementos masculino e feminino. O autor também ressalta que a cisão pode ser compreendida de acordo com diversas nomeações, tais como cisão ou clivagem no ego (Freud), cisão no objeto (Klein) e cisão no self (Winnicott).

Winnicott comenta que quanto maior o grau de cisão, maior o falso *self*. “Onde há um alto grau de *splitting* entre o *self* verdadeiro e o falso *self* que oculta o *self* verdadeiro, verifica-se pouca capacidade para o uso de símbolos, e uma pobreza da vida cultural” (WINNICOTT, 1960b/1983, p. 137). A extrema inquietação, a incapacidade de se concentrar e uma dificuldade de relacionamento grande decorrem desta cisão. É muito importante que o trabalho analítico se desenvolva no sentido de permitir que o paciente entre, cada vez mais, em contato com seu verdadeiro *self*, o que significa poder começar a brincar e entrar em contato com o próprio mundo interno, o que ajudará a estabelecer relações com o

mundo externo. Contratransferencialmente, esses pacientes transmitem a sensação de vazio, indícios de “algo” que não está lá, indícios de desvitalização e anestesia. E esse “algo”, nos diz Winnicott, é o elemento central essencial da originalidade criativa.

A cisão pode ocorrer no transcurso do desenvolvimento emocional e sua abrangência vai depender do ambiente facilitador, representado pela mãe suficientemente boa. Já a desintegração nos remete a estados muito primitivos e às ansiedades impensáveis. A falha no cuidado adequado que leva à desintegração não permite um retorno ao estado de não integração implicando em uma desestruturação traumática.

Ainda sobre a questão do trauma e suas consequências para o psiquismo, em seu trabalho sobre a “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*” (1960b), o autor descreve o falso *self* em termos de gradação. Inicialmente, os quadros psicopatológicos que apontam para uma não existência, num grau de distorção do ego muito grande, têm como função ocultar o verdadeiro *self* para evitar seu aniquilamento, como comenta Lejarraga (2008): “como a mãe falha em complementar a onipotência do bebê e em responder ao gesto espontâneo dele, o bebê sobrevive falsamente, ocultando seu incipiente si-mesmo”. O bebê que não pode viver sua onipotência, sua espontaneidade, precisa adaptar-se às exigências do ambiente. Com isso, a parte oculta (seu incipiente si-mesmo) se empobrece. São aquelas crianças obedientes e comportadas demais descritas por Ferenczi (1933), sem brilho próprio e espontaneidade. Essa vivência gera um sentimento de inutilidade e inautenticidade. Há também o falso *self*, como organização defensiva (distorção menor), até o falso *self* como atitude social, numa dimensão de cuidado situada dentro de um quadro de normalidade. Em qualquer caso, o falso *self* ou *self* cuidador, assim batizado por uma paciente de Winnicott, mostra-se como uma estrutura que existe para defender o verdadeiro *self*.

Além da cisão psique-soma e entre verdadeiro *self* e falso *self*, Outeiral (2004) faz referência ainda à cisão entre os elementos feminino e masculino, noção desenvolvida por Winnicott em *A Criatividade e suas Origens* (1975c). A base para o sentimento de *self* se constitui através da plena união entre o bebê e o objeto; e, de tal forma, que a provisão ambiental é oferecida de acordo com as necessidades do bebê. Esse é o elemento feminino que tem suas raízes na experiência fusional, na qual o objeto é subjetivo. É importante assinalar que essa

vivência é distinguida, por Winnicott, das satisfações pulsionais; a experiência de *ser* é muito mais abrangente e fundamental. O cuidado oferecido pelo ambiente permite ao ego em desenvolvimento vir a suportar as excitações do id, de forma que não sejam vividas como traumáticas, mas fortalecedoras do ego. A experiência de *ser* possibilita que a dimensão pulsional possa ser percebida como parte do *self*. Winnicott relaciona então essa experiência de *ser* ao elemento feminino. O elemento masculino puro denota o *fazer* e ele é decorrente da base formada pelo sentimento de *ser*. O *fazer* pressupõe um objeto objetivamente percebido.

O cuidado, para Winnicott, pressupõe atender as necessidades em diversos planos, começando pela dimensão corporal, que é compreendida como a base material da constituição psíquica. O cuidado psíquico é também cuidado corporal, físico, biológico, afetivo e relacional. O cuidado visa à integração desses aspectos ao longo do desenvolvimento emocional e também na clínica.

A experiência de desamparo serve como pano de fundo para a construção da teoria do desenvolvimento emocional primitivo. É pelo ponto de vista do bebê, pelo prisma de suas necessidades fundamentais e tendo sua prática como pediatra e psiquiatra lidando com crianças e adultos com patologias graves, que Winnicott buscou teorizar em psicanálise, priorizando sempre aquilo que observava na experiência clínica para depois teorizar e confirmar ou não suas postulações teóricas com o pensamento de outros autores, como Freud e Klein. Assim, Winnicott construiu sua teoria sobre o desenvolvimento emocional de forma criativa e independente e ampliou temas complexos numa linguagem simples, que também pudesse ser compreendida pelas mães. Mas também formulou críticas a certa ortodoxia no pensamento psicanalítico.

Para Winnicott (1965), o papel do psicoterapeuta é ajudar a família a usar aquilo que ela pode fazer de melhor com relação ao cuidado que determinada criança precisa. Muitas vezes, em uma consulta terapêutica, certa dificuldade era resolvida por um simples esclarecimento dado aos pais. Winnicott(1965) deixa claro que a maneira como o psicoterapeuta lida com os pais pode influenciar na forma como eles lidam com a criança. Também ressalta o quanto uma mudança produzida na relação dos pais com a criança pode ser uma prevenção efetiva do trauma. Ainda neste trabalho de 1965, “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família” Winnicott descreve a natureza

do trauma, afirmando que ele implica em um colapso na área da confiabilidade e que tal colapso tende a acarretar um fracasso no estabelecimento da personalidade e na organização do ego. Além disso, lembra que no início é fundamental a adaptação do ambiente ao bebê, assim como, posteriormente, a desadaptação intimamente relacionada ao amadurecimento de cada indivíduo, deve ocorrer, pois a função da família é gradualmente introduzir o Princípio de Realidade à criança. Winnicott (1965) também comenta que a mãe sempre está “traumatizando”, mas dentro de uma base de adaptação. Esse processo permite que o bebê passe da dependência absoluta para a relativa e, portanto, diria respeito a um aspecto normal do trauma.

Winnicott (1959-64/1983) lembra ainda que muitas vezes o fator ambiental não consiste em um trauma isolado, mas em um padrão de influências que distorcem o processo de maturação do indivíduo. Lejarraga (2008) comenta que o trauma, na visão winnicottiana, não se restringe às falhas grosseiras observáveis, mas também à falha extremamente sutil e silenciosa da mãe deprimida que não consegue se identificar com seu bebê. Ela pode ser funcional, realizar as tarefas básicas, mas não consegue refletir sua identificação com ele e isso é extremamente traumático. Esse aspecto do trauma será bastante desenvolvido na teorização de Khan e Green, como veremos na sequência.

3.1.3

O trauma cumulativo e a mãe morta

Khan também desenvolveu importantes contribuições a respeito do trauma, orientado por sua clínica e baseando-se nos progressos da psicologia do ego e nas técnicas do cuidado infantil. O autor, que foi muito influenciado pelo pensamento de Winnicott, parte do exemplo de Freud em *Além do princípio do prazer* (1920) sobre a vesícula indiferenciada para explicar a suscetibilidade e a necessidade da criação de uma crosta para proteger o organismo dos estímulos externos. A ideia de crosta protetora remete a ideia de um escudo. Esse contexto descrito por Freud pode muito bem ser aplicado à ideia de Winnicott de “um bebê sendo cuidado”. O papel da mãe como escudo protetor se refere à dimensão de cuidado, ou seja, ao estado de “preocupação materna primária” que protege o bebê do amor e do ódio subjetivos e inconscientes da mãe. A sutileza com relação à

presença e à ausência da mãe é o ponto da argumentação de Khan. O autor lembra que o trauma cumulativo é resultante da intromissão das necessidades e conflitos pessoais da mãe no psiquismo da criança.

O trauma cumulativo resulta de fendas observadas no papel da mãe como escudo protetor e ego auxiliar durante todo o início de vida da criança até sua adolescência, em todas as áreas da experiência em que a criança precisa da mãe para sustentar as funções do ego ainda imaturas e instáveis. Khan (1977) enfatiza que essas fendas ao longo do desenvolvimento se acumulam de forma invisível e silenciosa, são quase imperceptíveis e difíceis de serem detectadas clinicamente na infância. Distinguem-se, portanto, qualitativamente e quantitativamente das distorções do desenvolvimento do ego ou do desenvolvimento psicosssexual, mas exercem uma influência nociva sobre um ou outra, (KHAN, 1977).

O autor lembra (1977) que as pesquisas sobre a psicologia do ego e as técnicas do cuidado do bebê foram se aprimorando ao longo do tempo no sentido do reconhecimento maior sobre o papel complexo do ambiente nos processos do desenvolvimento psíquico. Descreve tal complexidade através de quatro aspectos valorizados em sua concepção teórica. O primeiro se refere à função do ambiente na estabilização das potencialidades e funções intrapsíquicas. O segundo, à sensibilidade própria e específica de cada bebê e às exigências que ele faz ao ambiente primário. O terceiro aspecto diz respeito ao desdobramento dos processos de maturação, funções autônomas do ego e desenvolvimento libidinal. O último aspecto é relativo ao gradual emergir do mundo interno e suas necessidades e tensões pulsionais e seu interjogo com as estruturas psíquicas internas e relações objetais.

A mãe, como escudo protetor, mantém um bem-estar mínimo necessário para que não haja excesso de estímulos internos ou externos; ela discrimina, dosa, dá ao mundo interno da criança os meios para futuramente poder delimitar e distinguir os estímulos internos e externos, ou seja, funções que o ego não-integrado ainda não consegue realizar. O cuidado possibilita que a criança crie reservas narcísicas. Além disso, a experiência de cuidado adequado possibilita que a dependência primária venha a se tornar relativa. As frustrações adequadas também têm, em um momento posterior, um papel importante na estruturação do ego.

Green (1977), na apresentação do livro de Masud Khan, descreve com clareza os efeitos do trauma cumulativo para o psiquismo; descrição que consideramos importante para a explanação do nosso tema. O autor diz que “o trauma se insere num tecido de micro traumatismos, menos como a cicatriz de um ferimento e mais como um processo de esclerose que estrangula o desenvolvimento do ego” (GREEN, 1977, p. 7).

Essas noções são muito importantes para a clínica, pois observamos os efeitos das falhas nas trocas com os objetos primordiais no processo de desenvolvimento psíquico. Os traumas cumulativos se formam no interjogo relacional, nos pontos em que os fracassos da mãe como escudo protetor estão significativamente presentes, representando verdadeiras intromissões. A rigor, não se trata aqui de experiências intensamente desestruturantes, pontuais, como a noção de trauma apresentada por Ferenczi, mas de vivências de caráter insidioso, quase imperceptíveis que, no entanto, provocam sérias falhas no desenvolvimento subjetivo, tal como postulou Green (1988a) em seu artigo “A mãe morta”.

Neste artigo, Green descreve as consequências da depressão materna para o psiquismo da criança. O investimento, o cuidado, o amor anteriormente demonstrado pela mãe, isto é, um objeto vivo, uma fonte de vitalidade, é substituído por um ser distante e desvitalizado. A depressão materna pode ser causada pela perda de um ente querido, de um filho, por uma decepção ou por ser negligenciada pelo pai da criança. A diminuição do interesse da mãe pelo seu bebê deixa marcas profundas no psiquismo da criança. Representa a quebra, de maneira repentina, da continuidade do investimento. Green compara essa situação a um desastre, um terremoto que transforma uma cidade em ruínas, uma catástrofe não anunciada. O ego do bebê organiza uma série de defesas, dentre elas, a descategorização do objeto. O que se mantém é um mimetismo com a finalidade de não perder o objeto que, na verdade, não se tem mais. Segundo Green (1988a), nessa tentativa, a criança torna-se o próprio objeto. A identificação com o objeto permite a renúncia a ele por parte da criança e, ao mesmo tempo, mantém sua presença. A energia psíquica da criança não é utilizada para o agir espontâneo, mas sim para o reagir defensivo. No entanto, ainda assim, há uma dimensão vital importante de proteção do próprio psiquismo, ainda que “adaptado” a uma situação que o ambiente lhe impõe. A esse respeito, Green diz que quando o objeto absolutamente necessário não se faz apagar, ele não pode ser introjetado

como função estruturante do psiquismo, mas também não pode ser negado. Desta forma, sua presença torna-se excessiva e intrusiva; é o que Green chama de uma “situação de excesso de presença pelo fato de sua falta” (GREEN, 1988a, p. 387). Sobre isto Garcia e Pena (2010) comentam:

São casos em que o objeto primário permanece enquistado e absoluto, impedindo a constituição de um espaço interno no qual acontecem os movimentos psíquicos e, mais importante, se constituem as representações sem as quais o desejo não pode surgir. Assim, através do trabalho do negativo em suas diferentes manifestações é que se constroem os limites dentro/fora e os limites intrapsíquicos, facilitadores da função principal do objeto primário que, ao se deixar apagar, permite a constituição de um vazio estruturante, uma presença ausente que possibilita a experiência de separação e o aparecimento dos objetos substitutos (GARCIA & PENA, 2010).

Khan (1977) lembra que a maneira da criança reagir a esses fracassos depende da intensidade, duração e frequência do trauma. Por outro lado, há aproximações entre a proposição de Khan e Ferenczi ao considerarem o fator exógeno e modificador do psiquismo da criança e a falha no cuidado. Essa perspectiva coincide com a concepção winnicottiana de que haveria uma tendência geral ao desenvolvimento que, no caso, sofreria uma interrupção ou desvio.

A descrição dessas proposições a respeito do trauma poderia, talvez, ser feita a partir de processos modificadores do espaço psíquico em formação, seja pela intrusão maciça do sentimento de culpa do adulto, introjetado pela criança, pelo desamparo gerado pelo desmentido, ocasionando uma verdadeira e profunda fenda, no sentido de uma verticalidade na concepção ferencziana, seja pelo desvio no desenvolvimento do ego gerado pelo processo de esclerose nesse tecido de micro traumatismos, como comentado por Green (1977) a respeito do trauma cumulativo. Isso nos faz pensar num efeito horizontal, gerando uma fragilidade no ego, um enfraquecimento da consistência subjetiva. Essa concepção do trauma nos ajuda na compreensão das patologias comuns na clínica atual e no tipo de abordagem terapêutica necessária para o analista lidar com seu paciente de forma a evitar novos traumatismos.

Winnicott, desenvolveu de forma original a temática do trauma, vindo a contribuir para questões fundamentais para a teoria e clínica psicanalíticas.

3.2

A abordagem clínica de Winnicott

Vimos os diferentes enfoques que a noção de trauma sofreu na psicanálise, vindo a se consolidar como um importante conceito, principalmente a partir da reformulação proposta por Ferenczi e sua crítica às postulações freudianas. A forma de conceber o trabalho analítico, na qual a técnica deveria ser adaptada aos pacientes graves, abriu caminho para novas investigações e revisões teórico-clínicas importantes.

As ideias de Ferenczi inspiraram autores como Balint e Winnicott e a Escola Inglesa de uma forma geral. Sua concepção teórico-clínica ajudou a retomar o potencial terapêutico da clínica psicanalítica, relegado à segundo plano, frente ao enfoque crescente na questão da fantasia, no viés intrapsíquico e pulsional, em detrimento das dimensões afetiva, corporal e relacional, consideradas fundamentais pelos teóricos das relações objetais precoces.

Na verdade, Ferenczi possibilitou a ampliação da perspectiva clínica e teórica em psicanálise. De fato, suas contribuições ajudaram a abrir o caminho para o estudo das diversas dimensões envolvidas no processo de constituição do psiquismo, base para a clínica de crianças e de pacientes psicóticos.

Na sequência, apresentaremos a concepção de trauma desenvolvida por Winnicott e algumas das reflexões teórico-clínicas deste autor. Tal abordagem nos ajuda na compreensão do desenvolvimento emocional e das modalidades de angústia decorrentes das falhas no cuidado nos momentos precoces da constituição psíquica que resultaram na formação de defesas contra a ameaça de aniquilação. Estas defesas são distintas daquelas mencionadas por Freud, que supunha um ego mais estruturado com maior capacidade de formar representações e de se defender aloplasticamente.

Apesar de Winnicott citar por diversas vezes Freud e Klein e ter mencionado raramente Ferenczi, “é em Ferenczi que encontramos o húmus da inspiração principal para o passo além de Freud e da metapsicologia freudiana, rumo ao que tem sido eventualmente denominado de terceira tópica, ou seja, a redescritção do contexto da investigação teórica e da prática analítica a partir da perspectiva da interatividade ou da intersubjetividade” (GRANJA, 2007, p. 55).

Winnicott foi um dos autores que inicialmente se encantou com as ideias de Freud, mas percebeu também que havia contradições entre o que observava em sua clínica e o que a teoria clássica lhe oferecia como suporte. Da mesma forma, o pediatra e psicanalista inglês se interessou em conhecer o trabalho de Klein com crianças e recorreu a ela para fazer suas supervisões. Portanto, ao mesmo tempo em que Winnicott foi influenciado pelas ideias de Freud e Klein, precisou também criar uma concepção teórica livre das amarras da ortodoxia e estreitamente ligada à sua prática e estilo de clínica. A esse respeito, citamos o autor comentando suas impressões iniciais sobre a psicanálise, em palestra ministrada nos Estados Unidos sob o título: “Enfoque pessoal da contribuição kleiniana”:

Fiquei (...) impressionado tanto pelo insight que a psicanálise dava das vidas das crianças como por uma certa *deficiência na teoria psicanalítica* que descreverei oportunamente. Ao mesmo tempo, nos anos 20, tudo tinha o complexo de Édipo no seu âmago. A análise das neuroses conduzia o analista respectivamente às ansiedades pertencentes à vida instintiva do período dos 4 a 5 anos do relacionamento da criança com seus pais. Dificuldades anteriores que vinham à tona eram tratadas em análise como regressão a pontos de fixação pré-genitais, mas a dinâmica vinha do complexo de Édipo (...) inúmeras histórias clínicas me mostravam que crianças que se tornaram doentes, *seja neuróticos, psicóticos, psicossomáticos ou anti-sociais*, revelavam dificuldades no seu desenvolvimento emocional na infância, mesmo como bebês (WINNICOTT, 1962c/1993, p. 157, grifo nosso).

Este trecho do trabalho apresentado por Winnicott sintetiza os pontos mais relevantes de sua crítica à centralidade do complexo de Édipo na teoria freudiana, em detrimento da compreensão da vida emocional na infância precoce, o que representava, no seu entendimento, uma distorção na forma de compreender o paciente. Esta crítica se estende à ênfase dada à dimensão pulsional e ao ponto de vista biologizante nas postulações desenvolvidas por Klein, a partir da base teórica herdada de Karl Abraham. Diferentemente deste ponto de vista, Winnicott, assim como Balint, sentiram a necessidade de propor uma compreensão sobre os primórdios da subjetivação que reconhecesse a importância das dimensões afetiva, corporal e relacional nos processos de constituição psíquica. Essa concepção, claramente herdada de Ferenczi por Balint, é também reconhecida no desenvolvimento teórico de Winnicott, na visão de diversos autores, tais como Figueiredo (2002), Graña (2007) e Mezan (2014).

Winnicott e Balint não negam a influência de fatores biológicos ou da dimensão pulsional, mas questionam a centralidade deles para a compreensão dos processos envolvidos na constituição da subjetividade, tal como se observa em certas concepções teóricas de outros analistas. Para estes autores, a necessidade de ser amado é primordial e antecede à questão do prazer ou desprazer. No entender de Balint, o prazer é proveniente do atendimento dessa dimensão amorosa passiva que é terna. A dimensão afetiva, os aspectos históricos e ambientais são centrais na visão teórico-clínica destes autores.

Com relação à crítica desenvolvida por Winnicott ao complexo de Édipo, citamos a análise feita por Martins (2009), na qual menciona a questão da castração:

O bebê tem uma experiência de onipotência *porque* se sente uno com o mundo, esta experiência não é um sentimento que vem de um *poder* sobre o outro, mas é a experiência de uma *potência* imanente, intensiva e não comparativa, ativa e não reativa. Essa experiência não depende, portanto, da existência de um falo, de um significante, de uma saliência anatômica. O sentimento de *potência* que se pode ter quando se teve a experiência primária de onipotência e continuidade com o ambiente corresponde a um sentimento intrínseco e relativo a todo corpo somático e psíquico. E, o que é mais importante, esse bebê deixará a experiência de onipotência não por um corte, mas por uma conquista gradual de si mesmo e do mundo; ou seja, nesse percurso – a ser revivido ou vivido na clínica-, não há propriamente uma perda, mas uma maturação, uma *transfiguração*, para empregar um termo de Nietzsche, de modo que não há uma onipotência que tenha sido retirada à força pelo interdito, mas uma experiência de onipotência que, introjetada, permanece constituindo o psiquismo do indivíduo, transformada em confiança interna e por conseguinte em sentimento de potência de ser e agir (MARTINS, 2009, p. 319).

O autor lembra a distinção feita por Winnicott (1962a), em “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, entre ter uma *experiência* de onipotência e ter um sentimento de onipotência. A experiência de onipotência vivida pelo bebê é possibilitada pelo cuidado oferecido pelo ambiente, no caso, a mãe suficientemente boa. Winnicott (1962a) também assinala que o relacionar-se nessa fase do desenvolvimento é possível, pois o bebê tem a capacidade de se relacionar com objetos subjetivos. Porém, ressalta que essa capacidade depende de que o ego auxiliar da mãe esteja adequadamente sintonizado de forma a assegurar e sustentar para o seu bebê sua continuidade de ser. A relação com o objeto, pelo ponto de vista do bebê, se constrói aos poucos; é uma conquista que só se torna realidade a partir do cuidado, a partir do outro que compreende e reconhece sua existência.

Da mesma forma, o princípio de realidade é uma aquisição que se faz aos poucos. Ele não deve ser uma imposição, nem se instaura de uma só vez, nos diz, Winnicott (1962a). Além disso, o autor assinala que o processo de aquisição do princípio de realidade se constitui na mescla entre áreas de objetos subjetivos juntamente com outras em que há relacionamento com objetos percebidos objetivamente. Ou seja, a distinção entre eu e “não-eu” se processa aos poucos. Winnicott (1962c) lembra que “embora eu represente o princípio de realidade, e seja eu quem mantém um olho no relógio, nem por isso deixo de ser um objeto subjetivo para o paciente” (WINNICOTT, 1962b/1983, p.152-3).

A partir desses pressupostos, a clínica winnicottiana se desenvolverá tendo como base aspectos relativos à forma, à preocupação com o *setting* analítico e a certa atenção ao momento de interpretar ou não o paciente. Sempre tendo em mente a ideia de integração do ego, em que os fatores processual e temporal se conjugam de acordo com a singularidade de cada paciente, de tal forma que suas possibilidades e necessidades sejam levadas em conta. Estes, dentre outros elementos formais, permitirão que os sentidos decorrentes das vivências traumáticas possam, não somente ser desvelados, mas resignificados; não a partir da construção em análise de algum sentido ausente, mas a partir da vivência na análise de uma outra forma de relação que ajude a produzir mudanças psíquicas importantes, formando a base para a superação dos efeitos do trauma, que impediam a fruição da tendência natural ao desenvolvimento.

Apesar de Winnicott não ter uma base formal em filosofia e afirmar que aprendera metafísica com os poetas, seu pensamento foi influenciado, como comenta Graña (2007), pelos axiomas da filosofia empirista, tendendo cada vez mais, ao longo de seu desenvolvimento teórico-clínico, a adotar uma forma de pensar a psicanálise bastante próxima da fenomenologia de Merleau-Ponty. De qualquer forma, os conceitos que Winnicott foi introduzindo em sua teoria decorreram antes de tudo da experiência; decorreram, a nosso ver, do que o próprio autor menciona como experiência criativa, sem a preocupação em defini-los, justificá-los ou fundamentá-los através de uma abstração conceitual, como menciona Dias (2012).

Como experiência criativa, entendemos, a partir da concepção de Winnicott, algo novo que surge a partir do *fazer* que, no entanto, se baseia na experiência de *ser*, no gesto espontâneo. Nesse sentido, tanto o analista como o

paciente criam algo novo, criam a possibilidade de uma forma de existência mais livre, uma experiência estética. E isto é bastante transgressor, pois subverte as formas de existência pautadas em um padrão meramente reativo e repetitivo. A partir dessa experiência na clínica, Winnicott, um pensador criativo, pautou sua teoria, rica, complexa e paradoxal, que rompeu com a perspectiva tradicional e ortodoxa em psicanálise.

Neste segundo capítulo analisamos a questão do trauma na concepção de Winnicott, apresentaremos a seguir alguns pontos relevantes de sua abordagem clínica através de tópicos com a finalidade de facilitar o desenvolvimento do trabalho. É importante ressaltar, no entanto, que na teorização desenvolvida por Winnicott é nítida a inter-relação e interdependência dos mesmos, ou seja, os temas se conjugam a partir de um ponto inicial: a relação mãe-bebê, como referência principal para se pensar nos processos estruturantes ou traumáticos para o psiquismo, formando uma tessitura teórica lógica, consistente, e, ao mesmo tempo, simples e complexa.

3.2.1

A importância do *setting* e a questão da confiabilidade do analista

Em seu trabalho de 1954 “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico”, Winnicott lembra que talvez, inconscientemente, Freud tenha relacionado o *setting* analítico à situação de maternagem inicial. De fato, algumas ideias desenvolvidas por Winnicott estão implícitas no texto freudiano, mas muitas delas não receberam a mesma relevância encontrada na teoria do autor inglês.

Mello Filho (1989) considera que Winnicott foi um dos autores que mais acentuou a importância do *setting* na prática analítica, constituindo-se como um rico material para estudo. Outeiral & Graña (1994) lembram que o psicanalista inglês procurou estudar a estruturação, a significação do *setting*, sua função e manejo pelo analista e a importância, em certos momentos, de sua ruptura parcial ou transgressão. É nítida a preocupação de Winnicott em possibilitar uma maior flexibilização do *setting*, de forma a adaptá-lo à necessidade do paciente.

O ambiente é um tema central na teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, e o *setting* analítico, como lembra Mello Filho (1989), tem como

principal atributo a função de *holding*, ou seja, a de oferecer um ambiente de cuidado. Dentre as condições ambientais, chama a atenção – além das já explicitadas por Freud, referentes à temperatura adequada, à iluminação suave, à ausência de ruídos perturbadores, à constância objetal, pontualidade e previsibilidade – aquelas relacionadas à forma de presença do analista, a qual permite que as necessidades de sustentação e contenção por parte do paciente possam ser vividas na experiência analítica. Em outros termos, o *setting*, para Winnicott, é o somatório, suficientemente bom, de todos os detalhes relativos ao manejo adaptado às necessidades do paciente. Nestas condições, o paciente gradualmente passa a ter uma esperança de contato com seu verdadeiro eu, de poder experimentar viver e de agir mais, ao invés de reagir ou de necessitar se armar com defesas rígidas.

Para a clínica concebida por Winnicott, a partir de sua experiência com pacientes graves, a confiabilidade do analista torna-se central, assim como as diversas formas de comunicação silenciosa entre analista e paciente. Os temas transferência e contratransferência se destacam na teoria winnicottiana e serão examinados mais à frente, principalmente, no capítulo seguinte. Mas vale destacar que o estado regredido de certos pacientes convoca o analista e exige uma atitude voltada para dar suporte e acolhimento ao estado de caos em que muitas vezes se encontram. Nestas condições, o trabalho interpretativo seria ameaçador.

Winnicott (1954b), (1964) observou que, para alguns pacientes, em momentos de maior dependência, o *setting* torna-se mais importante do que a interpretação. Esses pacientes sentem necessidade de se relacionar antes com o ambiente para depois poderem se relacionar com o objeto, no caso, o analista. Dessa forma, somente depois poderão sentir a interpretação como parte do holding que é oferecido.

Giovacchini (1995) ilustra esta situação através de um caso clínico: um jovem de 15 anos, extremamente perturbado, havia se envolvido em assaltos e cometido outros atos delinquentes, por isso o encaminharam a um centro residencial para tratamento. Mas, como se recusava a ir ao consultório do terapeuta, precisou ser arrastado pelos auxiliares que o forçaram a entrar. O rapaz ignorou o terapeuta, deu apenas uma olhada expectante, mas ao ver uma estufa, aproximou-se para se aquecer e, ali próximo, se acomodou em posição fetal, sem se mexer e sem dizer uma palavra o tempo todo. O terapeuta não interrompeu sua

solidão, nem o incentivou a falar. O paciente se retirou tranquilamente quando lhe foi dito que a sessão havia chegado ao fim. Nas sessões seguintes, veio por conta própria e deitou-se próximo à lareira. A atitude foi repetida por quatro meses. O fato de o terapeuta nada perguntar ou dizer, e apenas aceitar seu retraimento, foi o que possibilitou despertar o sentimento de confiança no ambiente e no terapeuta. “O terapeuta, a estufa e o consultório tornaram-se um refúgio seguro e confortável, um meio ambiente que sustentava e continha” (GIOVACCHINI, 1995, p. 190). Com relação ao *setting*, o autor comenta:

As reações do paciente representaram uma transferência em relação ao *setting*, que incluía o terapeuta, mas o paciente não o situou em primeiro plano. No começo, o terapeuta era relativamente indiferenciado, mas por não estimular ou intrometer-se, achava-se em sincronia com o estado amorfo da organização do ego do paciente. A atmosfera indistinta que esse jovem havia criado e em que imergira era agora apaziguadora, ao invés de caótica e ruptora. Isto se deu porque o terapeuta permitiu ao paciente alcançar o equilíbrio retraindo-se, sem fazer nada para perturbá-lo (GIOVACCHINI, 1995, p. 190).

Retraimento e regressão serão discutidos mais profundamente no próximo capítulo, mas vale destacar que foi determinante para o processo analítico deste paciente o fato de o analista ter aceitado o silêncio como forma de comunicação e ter se disposto a manter-se em sintonia com esta necessidade. O paciente não se sentiu pressionado a corresponder a qualquer expectativa a seu respeito no sentido de falar e se revelar através de palavras. Ele pôde fazer uso do ambiente para se tranquilizar e simplesmente descansar, pois sentia necessidade de ficar sozinho ou acompanhado por alguém que não se opusesse ao seu retraimento, conforme Giovacchini (1995).

O caso clínico mencionado demonstra claramente que o tipo de reação defensiva manifestada pelo ego determina o padrão característico da transferência e a natureza da regressão do paciente, como assinala Giovacchini (1995). Vale mencionar que Winnicott, em vários momentos de sua obra, ressaltou a importância do paciente poder viver a experiência de entrar em contato com o seu verdadeiro *self*; sentir-se real, sem precisar reagir, apenas *ser*. Esta experiência permitirá que o relacionar-se com os objetos possa emergir. Somente nestas condições, a interpretação poderá ser sentida como *holding*. Este caso clínico ilustra o quanto seria persecutória e invasiva qualquer interpretação feita pelo analista, na fase inicial deste tratamento, caracterizada pela necessidade de

manter-se em estado indiferenciado com o ambiente. O fato de o terapeuta ter se mantido sensível a esta necessidade foi determinante para aquela análise, que durou muitos anos.

Como vemos, na abordagem proposta por Winnicott, o *setting* analítico torna-se um tema muito amplo, complexo, cheio de sutilezas. Mello Filho (1989), ao se referir à importância que Winnicott dava ao *setting*, lembra que:

Ao mesmo tempo em que defendia ser a prática analítica realizada em um espaço onde sempre deveria haver lugar para o jogo, o novo, o criativo, a descoberta mútua, Winnicott preocupava-se em construir um *setting* que a limitasse e a contivesse, evitando o caos e o desperdício da experiência transicional em movimento. Espaço com limite, continente com conteúdo, risco com segurança (MELLO FILHO, 1989, p. 43).

Estes aspectos valorizados por Winnicott dizem respeito à importância do enquadre analítico adaptado para a clínica de pacientes traumatizados. Seu enfoque se situa na necessidade de certa flexibilização por parte do analista, dentro de um espaço que também fornece contenção. O limite oferecido tem como objetivo principal a vivência integradora, que permitirá a experiência transicional.

Essas constatações foram desenvolvidas através de sua experiência no tratamento de pacientes traumatizados e de crianças que indicavam prioridades e necessidades distintas da clínica da neurose. Vale mencionar, no entanto, que não somente estes pacientes limítrofes ou psicóticos teriam essas necessidades.

Em “Variedades clínicas da transferência” (1955-6/1988), Winnicott lembra que há fases psicóticas do tratamento, mesmo de pacientes neuróticos, em que é absoluta a dependência do ambiente imediato e seu comportamento. Assinala, ainda, que este trabalho amplia o conceito de transferência, pois nestas fases do tratamento, em que ocorre um movimento em direção à identificação primária, o ego do paciente não pode ser visto como integrado e capaz de lidar com ansiedades provocadas pela pulsão. Acrescentaríamos que, nestes casos, a atitude considerada neutra poderia ser sentida pelo paciente como distante e fria. Ainda que no texto de Freud o tema da neutralidade possa ser interpretado de diferentes maneiras, partimos, neste caso, da crítica a essa questão feita por Ferenczi, que também lidava com pacientes graves e sentiu necessidade de desenvolver outra abordagem clínica e teórica.

Desta forma, a ênfase do trabalho analítico, na concepção de Winnicott, é possibilitar que os pacientes que estejam em momentos regredidos possam

vivenciá-los em um ambiente adaptado, o que significa não precisar reagir ou se defender, mas agir no sentido da tendência natural ao desenvolvimento emocional.

Para Winnicott, a doença psicótica está relacionada a uma falha ambiental num estágio primitivo do desenvolvimento emocional. Sendo assim, o *setting* analítico tem a função de fornecer um ambiente adaptado à necessidade de regressão.

As condições de regressão à dependência pelo paciente são criadas, pouco a pouco, por todas as características já citadas do ambiente analítico; pela segurança e confiança transmitidas através da continuidade e da forma de presença do analista, de sua sobrevivência e disponibilidade emocional. O paciente que sofreu trauma tem esta necessidade, mas precisa antes desenvolver a confiança no analista e no ambiente como algo integrado; de forma a poder sentir segurança e garantia de continuidade da experiência, pois esse *continuum* de estabilidade possibilita mudanças.

A regressão é entendida por Winnicott como um retorno à dependência, visando viver um processo ordenado em direção à independência. O autor inglês lembra: “no meu trabalho clínico, consegui provar, pelo menos para mim mesmo, que um tipo de análise não impede o outro. Encontro-me indo e vindo de um para o outro, de acordo com a tendência do processo inconsciente do paciente” (WINNICOTT, 1955-6/1988). Winnicott também assinala que

O que precisamos fazer agora é estudar detalhadamente o critério através do qual o analista pode saber que uma necessidade que está surgindo é do tipo que deve ser satisfeita como eu afirmei (pelo menos de forma simbólica) pela adaptação ativa, tendo o analista o tempo todo em mente o conceito de identificação primária (WINNICOTT, 1955-6/1988, p. 489).

É válido, ainda, ressaltar que apesar da ideia de desenvolvimento ser central na teoria de Winnicott, sua argumentação tem uma base bastante complexa. A esse respeito, Plastino (2014) lembra que “Winnicott é assumida e explicitamente desenvolvimentista, mas sua compreensão de desenvolvimento emocional se afasta do determinismo e enfatiza a ligação indissolúvel desse desenvolvimento emocional com a história e a contingência da participação do ambiente” (PLASTINO, 2014, p. 37).

Em relação ao estudo desenvolvido por Winnicott a respeito do *setting* analítico, Phillips (2006) menciona que, para este autor e para aqueles

influenciados por sua obra, o tratamento analítico não era exclusivamente interpretativo, mas, primeiro e antes de tudo, a provisão de um ambiente adequado em que o paciente não sofresse uma tradução autoritária, e se criasse condições para que seu inconsciente fosse revelado. Em outras palavras, além de possibilitar uma maior integração egóica, como já citado anteriormente, Winnicott prezava pela possibilidade de o paciente ser surpreendido por sua própria descoberta. O autor quer ressaltar que Winnicott, no seu papel de analista, era capaz de se deixar persuadir por suas próprias surpresas, bem como pelas surpresas de seus pacientes. Essa concepção é condizente com uma das maiores contribuições winnicottianas, qual seja, a evolução de um modelo genuinamente colaborativo de tratamento, em que o analista cria um *setting* que possibilita a auto-interpretação pelo paciente (PHILLIPS, 2006). A auto-interpretação é uma conquista. Podemos relacioná-la à experiência transicional, algo que estava ali, algo que foi oferecido pelo analista, mas ao mesmo tempo foi criado pelo paciente. Trata-se de um processo delicado, sutil e complexo, fruto de uma dimensão amorosa sublime, pois o que o analista pode oferecer é seu interesse genuíno naquilo que o paciente pode dar, ou seja, sua capacidade cada vez maior de entrar em contato consigo mesmo.

O desenvolvimento e atenção a estas condições possibilitam que a confiabilidade no analista seja um fato, algo sentido e percebido pelo paciente através de uma experiência vivida. A base para que a confiança seja adquirida é, como vimos, algo que se constrói de forma silenciosa, através dos gestos, da expressão do olhar, dos movimentos corporais, não propriamente através das palavras.

A esse respeito, Winnicott, em seu livro “Os bebês e suas mães” (1994), assinala o valor dessa experiência de cuidado materno para o bebê. A mãe ambiente se comunica com seu bebê e o bebê se comunica com sua mãe por um viés corporal-afetivo. O bebê se sente seguro, amparado fisicamente e, através desta experiência corporal, começa a se constituir a integração corpóreo-psíquica.

Da mesma forma, a confiabilidade é construída através do cuidado físico. Ser cuidado proporciona saúde física e saúde emocional. “No início, é o ato físico de segurar a estrutura física do bebê que vai resultar em circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos” (WINNICOTT, 1968a/1994, p. 54). Os pacientes que sofreram trauma, que não viveram essa

experiência de cuidado e asseguramento nos momentos constitutivos do psiquismo precisaram reagir e criar defesas precoces frente à fragmentação na linha de continuidade da própria existência. Esta vivência retarda o processo de desenvolvimento emocional e rompe também a possibilidade de confiar.

Winnicott lembra que:

O bebê passa, com muita facilidade, da integração ao conforto descontraído da não-integração, e o acúmulo destas experiências torna-se um padrão e forma uma base para as expectativas do bebê. Ele passa a confiar nos processos internos que levam a integração em uma unidade. À medida que prossegue o desenvolvimento e o bebê adquire um interior e um exterior, a confiabilidade do meio ambiente passa a ser uma crença, uma introjeção baseada na *experiência de confiabilidade* (humana, e não mecanicamente perfeita) (WINNICOTT, 1968a/1994, p. 86-87).

O estabelecimento da confiança é resultante deste processo no qual os estados não-integrados e integrados podem ser vividos, graças ao cuidado oferecido pelo ambiente, como parte integrante da linha de continuidade, da tendência ao desenvolvimento. Desta experiência que se repete continuamente decorre um padrão que forma a base para as expectativas do bebê. O que é interno e o que é externo, pela perspectiva do bebê, ainda não estão constituídos. Aos poucos, no entanto, se o bebê puder viver os estados não-integrados como não ameaçadores, seu desenvolvimento emocional permitirá que as falhas maternas sejam suportáveis, até porque, como diz Winnicott (1968a/1994), “durante o tempo em que a mãe cuida de seu bebê, ela está continuamente corrigindo as suas falhas” (WINNICOTT, 1968a/1994, p. 87). Quando a dependência se torna relativa, a falha materna tem valor estruturante. Temos aí uma forma de comunicação, pois ao atender a necessidade do bebê novamente, a mãe transmite a ele que é realmente amado. “Estas falhas relativas, às quais se dá uma solução imediata, acabam sem dúvida sendo comunicadas, e é assim que o bebê acaba tomando conhecimento do sucesso. Assim, a adaptação bem-sucedida dá uma sensação de segurança e um sentimento de ter sido amado” (WINNICOTT, 1968a/1994, p. 87).

Quando a vivência de não-integração não é possível, um estado de vigilância e atenção precoces com relação ao ambiente se torna um padrão defensivo. Esta vivência distorce o processo natural em direção à espontaneidade por parte do bebê e se rompe a crença de que o ambiente é confiável. Mas perder a confiança no ambiente em estágio inicial rompe precocemente com o processo

inicial e necessário de indiferenciação, gerando danos muito graves e distorções severas no desenvolvimento emocional.

O estabelecimento da confiança é, portanto, um desafio e torna-se uma questão central no processo analítico, principalmente para a clínica dos pacientes traumatizados, ou seja, aqueles que viveram a desilusão muito precocemente. Estes pacientes sentem a necessidade de vivenciar no ambiente clínico a experiência de cuidado que possibilite uma maior integração egóica.

3.2.2

A interpretação e o silêncio

Winnicott relativiza certos pressupostos em psicanálise e os reapresenta sob uma nova perspectiva, um novo olhar, mais profundo e mais amplo e, até mesmo, transformador. Com relação à interpretação e à questão do silêncio, sua abordagem se mostra mais complexa do que aquela formulada pela psicanálise clássica. O fato de Winnicott ter sempre mantido sua clínica como pediatra talvez o tenha ajudado a formular seu pensamento a respeito destes dois temas – a interpretação e o silêncio –, tão importantes para o trabalho analítico, por um viés mais arejado e menos submetido aos ditames teóricos. Possivelmente, também permitiu que ele mantivesse uma postura mais flexível e, assim, pudesse adaptar a técnica às condições de seus pacientes. Em 1954, ele comentava a este respeito: “o ponto central de tudo isso é o fato de que neste tratamento, assim como em vários outros por mim realizados, precisei rever a minha técnica, mesmo aquela adaptada aos casos mais comuns” (WINNICOTT, 1954a/2000, p. 377).

O trabalho psicanalítico com crianças já indicara a necessidade de adaptação da técnica. Klein sugeriu mudanças e ofereceu contribuições muito significativas neste sentido, o que chegou a causar certo espanto na comunidade psicanalítica da época, e a colocou em confronto com Anna Freud. Suas propostas, antes de tudo, ajudaram na compreensão da constituição mais primitiva dos processos psíquicos e da psicose. Winnicott foi influenciado por suas ideias, como vimos anteriormente, pois reconheceu o valor delas para o desenvolvimento da psicanálise. Por outro lado, sua experiência clínica como pediatra, observando a relação mãe-bebê, lhe permitiu identificar certos aspectos do desenvolvimento inicial que não haviam recebido o valor necessário nas concepções psicanalíticas,

levando a graves distorções teórico-clínicas. Desta forma, sentiu necessidade de se opor aos pressupostos kleinianos, tal como menciona Phillips (2006): “sua crença na Natureza havia se tornado, entre outras coisas, uma crítica velada a métodos superinterpretativos de psicanálise que não haviam confiado no desenvolvimento como uma tendência humana natural” (PHILLIPS, 2006, p. 146).

Além de criticar o excesso de interpretação e o reconhecimento da importância do *setting* não intrusivo para que os processos em direção ao desenvolvimento pudessem ocorrer, outras críticas também são feitas à concepção freudiana e, principalmente, à kleiniana. Phillips também menciona que “Klein e seus cada vez mais devotados seguidores haviam descrito o bebê isolado do relacionamento primário recíproco verdadeiro em que ele se desenvolveria e que, tornando a mãe anônima, eles então haviam sobrecarregado o bebê com características inatas” (PHILLIPS, 2006, p. 147).

Outro ponto muito importante da crítica de Winnicott à Klein, determinante para seu afastamento, foi a compreensão sobre a tema da agressividade. Enquanto para Klein a agressividade está diretamente relacionada à destrutividade, à pulsão de morte, para o psicanalista inglês, a agressividade seria fundamental para o processo de desenvolvimento, o que levaria, inclusive, a uma maior individuação. Ao positivar a agressividade, Winnicott também traz para primeiro plano, em sua concepção teórica, a importância do papel da mãe como intérprete do gesto espontâneo de seu bebê, dos movimentos corporais expansivos necessários e que seguem se transformando em seu processo de desenvolvimento.

Segundo Abram (2000), o primeiro trabalho de Winnicott sobre o tema da agressividade foi escrito em 1939. Neste artigo, já expõe ideias que serão mais elaboradas nos trabalhos posteriores. Como lembra Phillips (2006), Winnicott procura marcar, em artigos escritos em 1950, sua oposição à concepção de Klein sobre a agressividade; dentre eles destacam-se “A agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional” (1950), “A posição depressiva e seu desenvolvimento normal” (1954a) e “Psicanálise e o senso de culpa” (1958). Winnicott deixa claro nestes trabalhos que o destino da agressividade é influenciado diretamente pelo tratamento por parte do ambiente, como algo dissociado da personalidade ou como parte do processo de espontaneidade e desenvolvimento, o que possibilitaria sua transformação. Para o autor, a

agressividade é um elemento da energia vital e criadora; ele considera o impulso amoroso como primitivo e o impulso raivoso, secundário.

Em seu artigo inacabado de 1968c, e que seria apresentado à Sociedade Psicanalítica Britânica, “Raízes da agressão”, Winnicott fala da necessidade de se rever definitivamente, em psicanálise, o valor do conceito freudiano de pulsão de morte e a concepção de Klein a respeito da inveja. O foco principal de sua argumentação gira em torno do cuidado necessário na formulação dos conceitos em psicanálise. Para ele, tanto os conceitos formulados por Freud – postos em dúvida pelo próprio – quanto, principalmente, os formulados por Klein, teriam sido construídos sem levar em conta “uma exploração muito cuidadosa das alternativas psicológicas ou emocionais” (WINNICOTT, 1968c/1994, p.350). Essa crítica se mostra extremamente pertinente, pois chama a atenção para o cuidado necessário a fim de que a teoria não seja tomada como uma verdade irrefutável, o que representaria o risco de o trabalho interpretativo produzir mais distorções do que, propriamente, ser terapêutico.

Da mesma forma, em 1969, em trabalho redigido para um simpósio da Sociedade Psicanalítica Britânica, apresentado por Enid Balint, Winnicott (1969a/1994) critica a leitura feita por Klein e seus sucessores sobre inveja e ciúme, bem como a ênfase no fator hereditário em detrimento do ambiental nas considerações a respeito dos processos envolvidos nos primórdios da constituição psíquica. Para Winnicott, o estudo das sutilezas, da forma de presença do ambiente, tem um valor especial, ao passo que, na teoria de Klein, a ênfase recai sobre o mundo interno do bebê, sem considerar a devida influência do ambiente. Para Winnicott, “o mundo interno do bebê é absolutamente contingente no que diz respeito a sua relação com o mundo externo”, como lembra Abram (2000, p. 13).

Conforme dito anteriormente, a dimensão relacional é o pano de fundo para a teoria de Winnicott. É válido, ainda, mencionar que a perspectiva desenvolvida por Winnicott se caracteriza por uma riqueza singular, pois como comentam Lins e Luz (1998), Winnicott fez da relação lúdica mãe-bebê o modelo paradigmático do trabalho analítico e, desta forma, a dimensão relacional recebeu um destaque muito maior. Ela perpassa as reflexões de Winnicott como um todo. Há em sua abordagem um descentramento da dimensão intrapsíquica e, por conseguinte, seu enfoque não se limita à mediação representacional e a categorias metapsicológicas.

Winnicott buscou através de sua experiência clínica como pediatra, observando a relação mãe-bebê, ou em sua prática como psicanalista, as bases inspiradoras para sua reflexão singular. É na experiência do dia-a-dia, nas coisas simples, mas observadas com sensibilidade e inteligência, que Winnicott se inspira para formular sua teoria.

A esse respeito, Newman (2003) lembra que “ele devotava-se, tanto por inclinação quanto por disciplina, a prestar atenção de um modo tal, que a pessoa podia – sentia-se com liberdade e segurança suficientes para – ir ao fundo, ser profunda: permitir que as coisas se desenvolvessem” (NEWMAN, 2003, p. 178). Podemos dizer que esta mesma atitude era demonstrada como pediatra. Em sua clínica no Paddington Green Children’s Hospital, Winnicott observava com interesse o comportamento das crianças e procurava registrá-los, em muitos casos, de forma detalhada. Winnicott reconhecia o valor de algumas situações específicas que poderiam, por interesse prático e teórico, ser utilizadas como instrumento de pesquisa. Esse enfoque é desenvolvido no artigo “A observação de bebês numa situação estabelecida” (1941/1988), no qual ele descreve as reações dos bebês de 5 a 13 meses de idade no jogo da espátula.

Dentre elas, destaca-se a fase de hesitação, na qual a criança, apesar de ter demonstrado interesse pelo objeto brilhante e de fazer menção de tocá-lo, hesita, observa os adultos, testa suas reações e desiste. Winnicott considera que as reações do bebê são indícios importantes de seu estado emocional. A hesitação exagerada ou a ausência de hesitação podem indicar dificuldades nas relações interpessoais. Acredita também que nesta fase inicial de hesitação, o bebê, ao frear seu desejo de pegar a espátula, está testando o ambiente até confiar nele e em si próprio. Neste caso, o autor sinaliza que os adultos devem aguardar e não tomar qualquer iniciativa pelo bebê, que poderia reagir a este gesto através de berros, angústia ou cólica. Esta situação, observada em sua prática como pediatra, possibilitou reflexões e conclusões sobre a interpretação e o silêncio, a importância da confiança e do *setting* analítico.

Em *D. W. Winnicott - experiência clínica & experiência estética* (1998), Lins e Luz (1998) comentam que a experiência do jogo serviu como paradigma da interpretação. Os autores lembram que Winnicott considera as reações do bebê à imposição do adulto similares ao comportamento do paciente em análise diante de uma interpretação precoce, tomada por ele como invasiva.

Além disso, ainda segundo estes autores, Winnicott também considera análoga a fase de hesitação do bebê ao silêncio do paciente em análise. Para Winnicott, os analistas muito facilmente consideravam o silêncio do paciente como resistência, não levando em conta que o paciente também poderia muitas vezes sentir necessidade de testar o ambiente, sentir se o ambiente é confiável, se poderia suportar sua raiva, se poderia oferecer o tempo necessário para entrar em contato consigo mesmo ou se, de fato, o ambiente (o analista) poderia ser usado. Para Winnicott, como lembra Newman (2003), o silêncio é a base do processo terapêutico. O acolhimento do silêncio propicia o relaxamento que abre espaço para o brincar.

Na segunda fase do jogo, o bebê volta a demonstrar, aos poucos, seu interesse pela espátula. A autoconfiança toma lugar da expectativa e da imobilidade. A criança agora tem a posse, passa a brincar com a espátula e quer interagir com a mãe. Na terceira fase do jogo, o bebê deixa a espátula cair meio por acaso, a mãe lhe devolve, ele fica contente, mas, novamente a espátula cai e o bebê começa, propositalmente, a atirá-la no chão. Demonstra satisfação em livrar-se dela e de ouvir o barulho metálico de seu contato com o chão. Ao final desta fase, quer ir para o chão também, para brincar com a espátula ou para buscar novos objetos. O jogo é uma experiência muito complexa, da qual Winnicott deduz uma série de questões, tais como, o desenvolvimento emocional, o processo analítico, o processo de identificação, a empatia, a aquisição da linguagem, a integração do ego e a dimensão simbólica da experiência, entre tantas outras. Analisando o artigo “Os objetivos do tratamento psicanalítico” (1962b/1983), podemos ver como a experiência do brincar é central em sua concepção clínica, tema que será desenvolvido na sequência. Também podemos relacionar as etapas do jogo às etapas do processo terapêutico.

Dentro desta perspectiva, vale ressaltar que, para Winnicott a interpretação tinha como principal objetivo possibilitar a auto-interpretação. “Tenho sempre sentido que uma função importante da interpretação é o estabelecimento dos *limites* da compreensão do analista” (WINNICOTT, 1963f/1983, p.172). Ainda neste trabalho, ele nos lembra que “há perigo de o analista interpretar, ao invés de esperar que o paciente descubra criativamente” (WINNICOTT, 1963f/1983, p. 163). Ao analista cabe esperar, acolher o silêncio e propiciar esta experiência para que o paciente possa estabelecer maior contato consigo, pois este é o objetivo.

Assim como no jogo da espátula em que, na fase da hesitação, o bebê testa o entorno, também o paciente, por diversas vezes, testa o analista.

Ainda no que tange à abordagem do silêncio, nos últimos dez anos de sua vida, como menciona Abram (2000), Winnicott desenvolveu o estudo do significado da comunicação. Nesse estudo, o silêncio recebe um valor distinto daquele mencionado pela psicanálise clássica, como vimos. Mello Filho (1989) considera que Winnicott foi um dos analistas que penetrou mais fundo na compreensão do silêncio dos pacientes. Em “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos” (1963f/1983), o psicanalista inglês reconheceu que há a comunicação direta ou silenciosa, relacionada ao verdadeiro *self* ou núcleo do *self*, própria dos estados de fusão, como na relação inicial entre o bebê e sua mãe, e a comunicação indireta ou explícita, comumente utilizada nas relações interpessoais, ou seja, por pessoas em estado de separação.

Além destas, cita a comunicação intermediária e a relaciona ao brincar, a algo rítmico e compartilhado, “um modo de comunicação que é uma conciliação extremamente valiosa” (1963f/1983, p. 174), próprio de momentos de encontro entre o analista e seu paciente que promovem a integração e o sentimento de estar vivo.

Winnicott (1963f/1983) menciona a importância de o analista acompanhar o ritmo das formas de comunicação de seu paciente ao longo do processo terapêutico, reconhecendo o valor da comunicação não-verbal como aquela pela qual se origina a comunicação entre a dupla na sessão. Esse manejo pelo analista permitirá possivelmente que o paciente possa atingir essa maior integração e venha a sair do isolamento solitário, como defesa necessária para a preservação do verdadeiro *self* em consequência das falhas ambientais, e possa se sentir mais à vontade para se comunicar através da verbalização. Por outro lado, isso não é o fundamental, pelo menos não antes do paciente sentir que no espaço analítico, tem garantido o seu direito a não se comunicar.

Winnicott considera que o silêncio precisa, muitas vezes, ser usufruído simplesmente. É uma necessidade fundamental no processo analítico. Há experiências na análise que precisam ser silenciosamente construídas, tal como a confiança. Nesse processo, as palavras, a interpretação, teriam talvez lugar apenas *a posteriori*. Muitas vezes, para o paciente, o valor maior está na construção de um sentido não comunicável na análise, pois o registro é de outra ordem, algo que

nem sempre pode ser transposto em palavras. Não precisa e nem deve mesmo ser nomeado, pedido, interpretado, pois, nesse sentido, a palavra tem pouca importância. Mas vale lembrar que o mais importante e significativo para o paciente seria a vivência desta experiência transicional construída a dois, tema que será abordado mais à frente.

O silêncio pode ter muitos significados e quanto mais o analista, como presença atenta e não invasiva, puder se manter em sintonia com as necessidades de seu paciente, mais ele poderá sentir o momento apropriado de fazer uma interpretação ou dar sustentação ao silêncio. Desse modo, interpretação e silêncio se intercalam nesse processo contínuo em que o verbal e o não verbal se conjugam e engendram novos sentidos, possibilitando assim, a elaboração de vivências traumáticas.

3.2.3

A dimensão transferência-contratransferência e o lugar do corpo e do afeto no desenvolvimento inicial e no âmbito psicoterapêutico

Os cuidados iniciais dispensados pela mãe e possibilitados por seu estado de preocupação altamente sintonizado com a dependência absoluta de seu bebê são o foco de atenção da teoria winnicottiana, assim como o trabalho terapêutico com pacientes graves, que convocam o analista a suportar seu estado emocional, muitas vezes caótico e extremamente dependente. Sua abordagem a respeito das experiências vividas pelo bebê na relação com sua mãe, que se inicia por um processo de indiferenciação ou fusão e prossegue no sentido do desenvolvimento emocional em direção à independência, serviu como base para a compreensão das necessidades dos pacientes traumatizados, que sofreram graves distorções no seu processo de desenvolvimento inicial. Nestes tratamentos a dimensão transferência-contratransferência é pensada de forma distinta daquela formulada por Freud, que pressupunha uma postura mais distante e neutra.

Nos anos 1960, Winnicott apresentou importantes reflexões sobre a questão da contratransferência em trabalhos como “Contratransferência” (1960c), “Os doentes mentais na prática clínica” (1963a), “Distúrbios psíquicos e processos de maturação infantil” (1963b) e “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica” (1963c). Porém, já em 1947,

esta temática é elaborada no artigo “O ódio na contratransferência”, no qual enfatiza que o trabalho analítico com pacientes psicóticos/borderlines exigiria do analista a capacidade de suportar uma carga emocional muito mais intensa do que no tratamento de pacientes neuróticos. No primeiro caso o analista precisa ter uma consciência aguda da intensidade das projeções do paciente, aspecto que, no último caso, já não se mostra tão importante. Segundo Winnicott (1947/1988), os fenômenos da contratransferência serão, às vezes, as coisas mais fundamentais na análise, e, para o paciente, é muito importante que o analista consiga lidar com estas projeções e considerá-las como indícios ou formas de comunicação sobre a problemática do mundo interno e relacional de seu paciente. O autor inglês lembra que “o paciente só pode apreciar no analista o que ele mesmo é capaz de sentir” (WINNICOTT, 1947/1988, p. 343). Sendo assim, acrescenta que:

O *obsessivo* tenderá a pensar que o analista conduz seu trabalho de forma obsessiva e vã. Um paciente *hipomaníaco*, incapaz de ficar deprimido exceto quando ocorre uma severa mudança de humor, que não conquistou de maneira segura a posição depressiva em seu desenvolvimento emocional e que não pode sentir profundamente nem culpa, nem um sentimento de preocupação ou responsabilidade, é capaz de ver o trabalho do analista como uma tentativa por parte do analista de fazer reparação em função dos seus próprios (do analista) sentimento de culpa. Um paciente *neurótico* tende a ver o analista como sendo ambivalente com relação ao paciente e a esperar que o analista mostre uma clivagem de amor e ódio; este paciente, quando tem sorte, consegue o amor, porque alguma outra pessoa está tendo o ódio do analista. Não seria lógico que, por se encontrar em um estado de espírito de “coincidência de amor e ódio”, o psicótico experimentasse a profunda convicção de que o analista também só é capaz da mesma e perigosa relação, na qual coincidem amor e ódio? (WINNICOTT, 1947/1988, p. 343, grifado no original).

Além destes aspectos relacionados à dimensão transferência-contratransferência, Winnicott lembra, ainda neste trabalho, que para o analista ser capaz de analisar pacientes psicóticos, é necessário ter chegado em sua própria análise às coisas muito primitivas dentro dele mesmo, isto é, se libertar de “vastos reservatórios de ódio inconsciente pertencente ao passado e a conflitos internos” (WINNICOTT, 1947/1988, p. 344). Em outros termos, viver a intensidade de seu próprio ódio e amor em sua análise permitiria ao analista sobreviver em sua função e lugar, durante a análise de seu paciente. Possivelmente, esta experiência na sua análise permitiria o manejo mais hábil e flexível frente às manifestações do ódio e do amor na contratransferência.

Além disso, Winnicott (1947/1988) também assinala que, através da análise pessoal, o analista pode lidar melhor com sua culpa e com sua angústia. Acrescentaríamos que a análise lhe permitiria desenvolver a capacidade de se autoanalisar, de investigar suas próprias reações e ações frente ao que é vivido na transferência-contratransferência. Ora, a análise não vacina ninguém contra nada, mas permite justamente ao analista poder circular melhor, de forma menos conflituosa e menos “defendida”, pelas vicissitudes próprias do percurso analítico no tratamento de seus pacientes, permitindo um aprofundamento maior na investigação de questões relativas ao arcaico, ao originário que precisavam ser elaboradas.

Dando continuidade ao argumento, Winnicott (1947/1988) lembra que na análise de psicóticos e nos estágios finais da análise, mesmo de pacientes neuróticos, o analista deve se pôr em uma posição comparável à da mãe de um bebê recém-nascido, fazendo clara menção à regressão na análise. Lembra que o paciente profundamente regredido não consegue se identificar com o analista ou avaliar seu ponto de vista, da mesma forma que o feto ou um recém-nascido não consegue compreender a mãe.

O psicanalista inglês menciona um ponto fundamental ao fazer referência à importante habilidade da mãe de tolerar seu ódio pelo filho sem retaliar, o que não significa negá-lo através do sentimentalismo, pois este imporá e forçará a adaptação precoce do bebê ao ambiente. Ele não está ainda em condições de se dar conta do que ocorre em termos de concernimento, ou, em outros termos, ainda não desenvolveu a sua capacidade de se preocupar. Qualquer insistência nesse sentido resultaria na formação de um falso *self*. Winnicott diz que “a coisa mais notável acerca de uma mãe é sua habilidade de se deixar ferir tanto pelo bebê, e de odiar tanto sem se vingar na criança, e sua habilidade em esperar por recompensas que podem ou não vir mais tarde” (WINNICOTT, 1947/1988, p. 352). Desta forma, o fato de que a mãe admita e deixe fluir o ódio da criança sem retaliar, permite que seu bebê também possa amá-la e odiá-la, que ele tenha também sentimentos ambíguos e, no futuro, possa vivenciá-los em outras relações de forma não dicotômica, rígida ou idealizada. Abram (2000) lembra que a capacidade da criança de odiar durante a relação inicial com a mãe, juntamente com o amar, indica que a ambivalência pôde ser alcançada. Para Winnicott, isto se constitui em uma realização do desenvolvimento que se apresenta ao bebê à época

da dependência relativa e do estágio de preocupação, do mesmo modo como o ódio do analista constitui-se em uma fundamental parcela do ambiente a ser apresentada ao paciente.

Em seu trabalho sobre “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” (1954-5a), o psicanalista britânico nos apresenta uma formulação pessoal do conceito kleiniano. Em seu entender, a posição depressiva é uma aquisição fundamental, um divisor de águas no que tange à vida emocional; é uma conquista, não uma garantia. Esta conquista vai depender das contingências, da adaptação e do cuidado sensível e continuado oferecido pelo ambiente, de forma a adaptar-se às necessidades do bebê e a possibilitar a integração da personalidade. Somente assim é possível que o bebê possa se sentir vivendo no próprio corpo, possa vir a se estabelecer como uma pessoa total e se relacionar objetivamente com o objeto.

Em primeiro lugar, Winnicott lembra que o bebê em seu desenvolvimento normal é implacável, cruel e incapaz de sentir qualquer preocupação ou remorso para com o entorno; suas necessidades são as únicas a ser consideradas, são urgentes e precisam ser atendidas para possibilitar o alívio da tensão pulsional. O bebê não tem ainda a capacidade para lidar com o vazio da espera, não pode ainda distinguir entre intenção e realidade. As funções e suas elaborações imaginativas ainda não são claramente distinguidas como fato e fantasia. Ao fornecer o cuidado necessário, a mãe sustenta a situação no tempo. Esse cuidado permite à criança recolher suficiente material mnésico que possibilita, posteriormente, esperar pelo seu retorno. O fato de a mãe sobreviver propicia a formação de um círculo benigno e o bebê começa a desenvolver a capacidade de tolerar, o que possibilita a gênese de um ainda incipiente sentimento de culpa.

Winnicott comenta, neste artigo, que o conceito de posição depressiva no desenvolvimento normal ocorre comumente por volta dos seis meses até o final do primeiro ano de vida, coincidindo com a época do desmame. Assinala ainda que não há qualquer relação entre esta fase do desenvolvimento saudável e o fato de bebês se tornarem deprimidos, preferindo nomeá-lo como *o estágio da preocupação*.

De fato, a posição depressiva é um progresso na complexidade do desenvolvimento emocional e só pode ser alcançada com a ajuda suficientemente boa do ambiente. Ela decorre da experiência de sentir-se cuidado, é uma

conquista, portanto, não uma garantia. Significa dizer que um bebê que não conquistou essa etapa do desenvolvimento emocional sofrerá consequências em sua fase adulta.

Estas reflexões são importantes para pensarmos sobre o trabalho analítico com pacientes que não puderam, no estágio de dependência relativa, adquirir ou conquistar a posição depressiva ou desenvolver a capacidade de concernimento. Ainda neste artigo, o autor procura explicitar o trauma. Menciona sobre os adoecimentos psíquicos resultantes de falhas na maternagem relativas a essa fase, em que o bebê desenvolve a mudança da crueldade para o remorso ou preocupação.

Winnicott (1954/1988) menciona que a defesa maníaca é uma formação reativa contra ao humor depressivo associado às angústias da posição depressiva. Há também o que ele chama de anormalidades do superego (Winnicott, 1958/1983), indivíduos oprimidos pelo sentimento de culpa. Em tais casos o excesso de sentimento de culpa leva à paralisação, tal como ocorre na melancolia ou na neurose obsessiva.

Em seu trabalho sobre “O desenvolvimento da capacidade de se preocupar” (1963e), surge uma distinção entre preocupação e sentimento de culpa. O sentimento de culpa é a ansiedade ligada à ambivalência e implica certa integração egóica; a preocupação decorre de uma maior integração do ego e se relaciona de modo positivo com o senso de responsabilidade. Winnicott (1963e) ainda lembra que a capacidade de se preocupar está na base do brincar e do trabalho construtivo, e faz parte do relacionamento entre duas pessoas, neste caso o bebê e sua mãe.

Na dependência relativa, a falha materna não resulta em interrupções na continuidade do ser, mas em possibilidade para o bebê transformar o relativo fracasso de adaptação em um sucesso adaptativo. Neste caso, a falha representa um ganho: poder lidar com a falha representa uma conquista em seu desenvolvimento. O bebê já possui certa habilidade de compreensão e tolerância, tanto em relação às necessidades do ego, quanto em relação à tensão pulsional, e passa a poder fazer uso desta habilidade.

Winnicott diz também que “é uma característica da função materna fornecer um *fracasso gradual da adaptação*, de acordo com a habilidade crescente que cada bebê tem de compensar o fracasso relativo através da atividade

mental ou da compreensão (1949/1988, p. 413, grifado no original) ”. Este é um passo importante em direção à independência. O ego do bebê já está um pouco mais integrado e a desilusão oferecida aos poucos é estruturante. Ela abre espaço para o desenvolvimento das habilidades mentais, na medida em que também se considere que se estabeleceu em um terreno sólido de cuidado.

Winnicott diz que a mente se desenvolve bem quando o meio ambiente está em total adaptação às necessidades na dependência absoluta. Lembra que a inconstância, o comportamento irregular e oscilante, por parte da mãe ou do ambiente inicial, produziria uma hiperatividade mental. “O pensamento do indivíduo começa a controlar e organizar os cuidados a serem dispensados ao psique-soma, transforma-se em um substituto materno” (WINNICOTT, 1949/1988, p.414). Esta experiência é descrita também por Ferenczi como progressão traumática, um crescimento falso que tem por base a submissão.

Esse tema é também abordado em “Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança” (1959/2011). Neste trabalho, Winnicott descreve diferentes formas de adoecimento psíquico por parte dos pais e lembra que mesmo crianças muito novas aprendem a avaliar o estado de espírito dos pais, observam cuidadosamente cada reação deles e não tiram os olhos do rosto da mãe ou do pai. A imprevisibilidade de alguns pais pode ser profundamente traumática.

Além desses aspectos relativos ao desenvolvimento emocional, é válido mencionar que, na concepção monista de Winnicott, a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro pois, “os distúrbios do psicossoma são alterações do corpo ou do funcionamento corporal associados a estados da psique” (WINNICOTT, 1990, p.44). Em “A mente e sua relação com o psicossoma” (1949), o autor assinala que “gradualmente, os aspectos de psique e de soma que a pessoa em crescimento possui envolvem-se em um processo de inter-relação mútua” (WINNICOTT, 1949/1988, p. 411). Ou seja, “a palavra psique significa a elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas, isto é, da vivência física” (WINNICOTT, 1949/1988, p. 411). A integração psicossomática depende do cuidado materno, do *holding* ambiental. A mente depende desta integração para se desenvolver bem, do contrário, “se descobre que está desenvolvendo uma falsa entidade e uma falsa localização” (1949/1988, p. 411).

A noção de corpo torna-se um dos temas centrais de sua elaboração teórica. Desde os anos 30 até o final de sua obra, é notável o lugar que a dimensão corporal recebe para a compreensão dos processos de desenvolvimento emocional, aspecto nem sempre valorizado pela psicanálise. Peixoto Júnior (2008) analisa esta questão em seu artigo “Sobre a importância do corpo para a continuidade do ser”. Este autor lembra que Winnicott enfatiza que, inicialmente, há o soma e, aos poucos, a psique vai ancorando-se a ele, formando uma base psicossomática. Na saúde, as fronteiras corporais coincidiriam ou seriam também as fronteiras da psique. Para Winnicott, esse processo dependeria da sustentação oferecida, inicialmente, pelo ego materno. O cuidado materno, que é antes de tudo um cuidado corporal, possibilita que a experiência do continuar a ser não sofra interrupções ou rupturas, e o ego possa vir a se integrar. A adaptação ativa, por parte do ambiente, permite que o próprio indivíduo descubra o ambiente aos poucos e não antecipadamente. O movimento de expansão deve partir no ritmo próprio do ser em desenvolvimento e acontecer de acordo com as oscilações características desse processo individual. Esse movimento não deve ser provocado ou antecipado pelo ambiente, pois adaptação ativa significa se manter em sintonia com o movimento do indivíduo. Do contrário, ele precisaria criar defesas ou reagir ao que é experienciado como invasão.

Winnicott percebeu que muitos de seus pacientes apresentavam padrões de comportamento reativo rígidos e retraimentos, por reação ao trauma, indicando sua formação muito precoce, vivido provavelmente de forma muito intensa e/ou prolongada. Nestes casos, haveria a necessidade de um trabalho mais adaptado, no qual o manejo do analista seria fundamental para que essas dificuldades fossem transpostas. O processo analítico deveria ser antes de tudo terapêutico, e, nesse caso, algumas condições deveriam ser consideradas. Dentre elas, a disponibilidade emocional do analista para lidar com essa forma específica de transferência – ao modo como fenômenos altamente subjetivos aparecem repetidamente – e sua respectiva contratransferência.

Em seu trabalho sobre “Contratransferência” (1960c), o psicanalista britânico lembra que o analista trabalha em termos de unidade psicossomática e a partir de seu ego-corporal, estando, assim, em permanente contato e esforço consciente com aquilo que o afeta; sensações, sentimentos, ideias e pensamentos bem examinados e filtrados antes de interpretar. A análise do analista é muito

importante, pois permitirá que ele se mantenha nesse processo autorreflexivo e flexível, suportando a intensidade da transferência, ao mesmo tempo em que dá suporte ou apoio ao ego de seu paciente em larga escala.

Nota-se um crescente interesse do autor, explicitado principalmente nos últimos dez anos de sua prática como analista, na investigação de fenômenos surgidos no tratamento de seus pacientes graves. Nos trabalhos deste período, podemos observar algumas de suas maiores contribuições à psicanálise, pois, apesar de reconhecer o valor da tradição herdada de seus mestres, foi capaz de confiar em suas próprias percepções e se afastar da segurança do caminho já trilhado, arriscando-se a construir criativamente. Khan menciona que Winnicott “dizia coisas tão evidentes, mas tão raramente abordadas” (KHAN, 1988, p. 8). Essa observação nos faz pensar no quanto, muitas vezes, os teóricos podem se distanciar da clínica, tornando a teoria um fim em si mesmo e impedindo seu próprio desenvolvimento, algo que autores como Winnicott e Balint se negaram a fazer. Vemos nesta atitude “transgressora” a tradição ferencziana como fonte inspiradora para sua abordagem criativa.

Winnicott foi um dos autores que investigou mais profundamente a dimensão relacional presente na transferência estabelecida entre analista e paciente, tendo como referência a relação mãe-bebê. A investigação sobre as dimensões afetivas e corporais tornou-se fundamental em sua abordagem a partir do reconhecimento da dependência no início do desenvolvimento emocional e na clínica.

No prefácio a “Da pediatria à psicanálise”, Khan (1988) se refere à disponibilidade emocional de Winnicott como analista: “ouvira com o corpo todo e tinha o olhar penetrante – mas não importuno – que nos fitava com um misto de descrença e total aceitação. Uma espontaneidade infantil impregnava seus movimentos” (KHAN, 1988, p.7). Mais à frente este autor comenta: “Iniciei deliberadamente, definindo Winnicott na sua presença corporal, porque não se pode começar a entender o seu talento como clínico, se não estivermos cientes de que, nele, psique e soma viviam em perpétuo diálogo e debate...” (KHAN, 1988, p.7). Além dessas observações, vale mencionar que “A prática de Winnicott se fundamentava numa crescente e complicada teoria que lhe custava – como costumava dizer, citando o verso de Eliot – ‘não menos que tudo’, para desenvolver e elaborar, na experiência pessoal e clínica” (KHAN, 1988, p. 9).

Esta dimensão de seu esforço como analista e terapeuta em examinar a contratransferência é claramente explicitada em seu trabalho “Desenvolvimento do tema do inconsciente da mãe, tal como descoberto na prática psicanalítica” (1969c/1994). Winnicott, neste artigo, chama atenção para o fato de que, muitas vezes, crianças demonstram ser ativas ou apresentam aparente capacidade criativa como reação a um pano de fundo marcado pela depressão materna. São graves as consequências para o psiquismo em formação quando a mãe não consegue estabelecer uma relação empática; quando não consegue se manter em sintonia com a necessidade vital de interação afetiva, tema elaborado a seguir.

3.2.4

A questão da comunicação e da mutualidade

Os temas da comunicação e da mutualidade entre a mãe e seu bebê são inerentes ao pensamento teórico-clínico desenvolvido por Winnicott, que tem como pano de fundo a questão do trauma e suas consequências para o psiquismo. Comunicação e mutualidade estão implícitos em diversos conceitos construídos em sua teoria, tal como *preocupação materna primária*, *holding*, *handling*, *transicionalidade*. Mas foram discutidos, mais especificamente, a partir dos anos 1960 em trabalhos como “Comunicação e não-comunicação levando ao estudo de certos opostos” (1963f), “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil” (1967b/1975), “A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências” (1968a/1994), “A amamentação como forma de comunicação” (1968a/1994) e em seu artigo “A experiência mãe-bebê de mutualidade” (1969b).

É válido mencionar que, para Winnicott, a comunicação tem sua origem na transmissão de estados afetivos entre mãe e bebê, como lembra Abram (2000). Essa comunicação silenciosa do par mãe-bebê ocorre antes mesmo do nascimento, através dos sentimentos que a mãe nutre em relação ao filho em gestação e que têm sua origem na mais tenra infância da própria mãe. Sendo assim, esses sentimentos podem ajudar a dar sustentação ao processo de formação de uma nova vida, podem também tornar a mãe disponível emocionalmente para viver o estado de preocupação materna primária ao final da gravidez e nos primeiros tempos após o nascimento do bebê. Além disso, podem ainda influenciar em sua

capacidade de lentamente abandonar esse estado. A história do bebê é afetada pela história da mãe. Os registros conscientes e inconscientes da infância da mãe influenciarão na maneira como ela viverá a maternidade.

Compreender os bebês não é uma tarefa fácil. Então, o que torna possível esta tarefa para a mãe? Winnicott procurou investigar a fundo esta questão em sua prática como pediatra e como psicanalista. Sua capacidade para compreender seus pacientes – bebês, crianças e adultos – de forma integrada, levando em consideração os aspectos físicos, psíquicos e emocionais, se deve, em primeiro lugar, à sua sensibilidade e à sua experiência como médico pediatra, somadas ao fato de ter se tornado também psiquiatra infantil e psicanalista. Sem dúvida, alguém muito interessado no que ele chamou de uma “teoria altamente complexa do desenvolvimento emocional do ser humano como pessoa” (1967d/1997, p. 59). No trabalho de 1967, intitulado “A influência do desenvolvimento emocional sobre os problemas de alimentação”, lembra que quando começou sua atividade como médico estava consciente de sua dificuldade de estender aos bebês a sua capacidade natural de empatia com as crianças. “Eu acho que muitos daqueles que são treinados pelo lado físico têm o mesmo bloqueio que eu tinha, e precisam trabalhar muito as suas coisas pessoais para poderem ser capazes de se colocar no lugar do bebê, ‘de usar os seus sapatos’” (1967d/1997, p.60).

O autor procura destacar neste trabalho que muitos problemas relacionados à alimentação têm sua raiz em problemas emocionais ligados muitas vezes a uma grande dificuldade encontrada pela mãe em se adaptar às necessidades específicas de seu bebê. Lembra que as respostas para esta questão não estão, fundamentalmente, nos livros ou nos conhecimentos que outra pessoa, tal como o médico, lhe poderia passar, mas sim em outros elementos como: sua capacidade de entrar em contato com sua própria experiência como bebê, sua infância inicial, ou, ainda, sua experiência adquirida observando pais com seus bebês. “Principalmente, ela pode ter aprendido coisas de importância vital ao brincar de mamãe e papai em tenra idade” (1967d/1997, p. 60).

No início, não há um indivíduo: “o bebê é uma coisa que não existe” (1952/1988, p. 208). Através desta assertiva, Winnicott quer ressaltar a total dependência do bebê com relação ao ambiente. Para que o bebê possa vir a *ser* é necessário que se forme uma estrutura ambiente-indivíduo; mãe e bebê precisam estar em uma unidade fusional. A partir da experiência do cuidado, que é a base

para continuidade de ser, o bebê poderá vir a se desenvolver e se tornar um indivíduo.

Conforme lembra Khan (1988), Winnicott “viu na própria vulnerabilidade do homem seu verdadeiro potencial para relacionar-se com os outros, por necessidade e desejo, e não apenas para a autônoma satisfação de forçar impulsos do id através da cumplicidade com os outros” (KHAN, 1988, p.50). De fato, Winnicott, ao falar sobre a função materna em seu artigo “Ansiedade associada à insegurança” (1952/1988), destaca a importância desta função para proporcionar o sentimento de segurança:

A relação que existe entre o bebê e a mãe aqui é de vital importância e, no entanto, não deriva da experiência pulsional, nem da relação objetal que surge a partir da experiência pulsional. É anterior à experiência pulsional, ocorrendo, ao mesmo tempo, paralelamente a ela e misturando-se a ela (WINNICOTT, 1952/1988).

Todo o cuidado dispensado pela mãe suficientemente boa, o *holding* oferecido, ajuda a criar um senso de segurança que leva ao estado de integração. Winnicott (1965/2011) lembra que no início a criança vive um estado de não-integração, definido por uma série de fases de motilidade e percepções sensoriais. Para ele a segurança decorre do cuidado traduzido pela experiência de sentir-se unido fisicamente à mãe, de sentir-se seguro em seu colo, pois esta experiência tanto em nível físico como em níveis mais sutis propicia a integração. Sendo assim, a transição do estado de integração para o estado de não-integração nos momentos de repouso, de entrega, não são necessariamente fonte de angústia para a criança, devido a um senso de segurança propiciado pelo cuidado continuado oferecido pelo ambiente. A personalidade vai se tornando integrada e, concomitantemente, a relação entre psique e soma vai se estabelecendo. O mundo interno, a partir da experiência de integração, se torna uma organização definida, o que torna a criança mais apta para lidar com as falhas maternas e desenvolver também a capacidade de se preocupar.

É claro que a capacidade de se dispor e se adaptar às necessidades de seu bebê – que se modificam a todo o momento e precisam ser atendidas para que a *experiência de ser* não seja interrompida – se fundamenta, principalmente, na experiência pessoal vivida pela mãe como bebê. Uma mãe que passou por traumas graves nos estágios iniciais de seu desenvolvimento terá maior dificuldade, às

vezes intransponível, de entrar em sintonia com esse momento difícil e delicado em que precisa se dispor a adaptar-se ao bebê. Para essa mãe, este momento de adaptação revive angústias anteriores à capacidade representacional e à verbalização, tornando quase impossível suportar momentos de dependência total e, posteriormente, dependência relativa do ego materno. Como reação ao trauma, as defesas erguidas poderão se tornar muralhas intransponíveis para que a mãe tenha acesso a esse mundo interno permeado por sensações, muitas delas indizíveis, e se disponha a manter-se em sintonia empática com as vivências do seu bebê.

Além da influência da história de vida inicial da mãe, o apoio oferecido pelo pai da criança será muito importante para que ela possa se manter disponível afetivamente para o seu bebê. Sem este apoio, ela dificilmente poderia manter a atitude empática neste momento de sua relação com o bebê, isto é, não exigir nada dele, suportando doar-se por um período, que pode ser mais ou menos longo, sem receber necessariamente algo em troca.

A resposta do bebê virá na medida em que ele tenha sido cuidado, na medida em que tenha tido a vivência de receber o amor incondicional. “O fato é que, para ser uma mãe ou para ser maternal (incluo o homem aqui), deve haver um grau muito elevado de identificação com o bebê, embora evidentemente a mãe mantenha o seu status adulto ao fazer esta identificação” (1967/1997, p.60). Winnicott (1968/1997) descreve o sentimento de inadequação de uma mãe e seu sofrimento por não conseguir amamentar seu bebê:

O suprimento de leite estava acabando, ele gritava comigo e recusava o seio vazio, parecia que eu não conseguia deixá-lo confortável e ‘em paz’, eu estava ressentida porque ele estava zangado comigo e isso fazia com que me sentisse ainda mais inadequada. Bem, a tensão se tornou absolutamente insuportável. Eu estava sempre cansada e sempre ressentida (WINNICOTT, 1968/1997, p. 225).

O estado de angústia da mãe pode se tornar tão grande a ponto de dificultar e mesmo impedir a comunicação entre ela e seu bebê. O pai precisa oferecer apoio. Além do pai, o pediatra também tem um papel importante em acolher as angústias de ambos os pais, que podem ser superadas, possibilitando manter o estado de preocupação materna primária.

No exame das sutilezas do relacionamento mãe-bebê, Winnicott procurou ressaltar que a comunicação entre os dois é um fato e ela ocorre numa linguagem silenciosa, através do cuidado, que é, sobretudo, físico. Conforme Winnicott

(1965/2011), o relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê decorre de dois tipos distintos de identificação: a identificação da mãe com seu filho e o estado de identificação do filho com a mãe. A mãe, por seu estado de preocupação materna primária, sabe como seu filho está se sentindo. É esse estado que permite que o bebê tenha um ego forte, ou melhor, reforçado pelo ego materno nos momentos que forem necessários. Pela perspectiva do bebê, no início de seu desenvolvimento emocional, ele ainda não se separou do ambiente e, aos poucos, começa a responder com um sorriso a outro sorriso, começa a desenvolver formas mais complexas de identificação e mesmo preocupação em relação ao entorno, como lembra Winnicott (1963e) ao se referir a essa forma originária como laço afetivo com o objeto.

Em seu texto “O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil” (1967b/1975), Winnicott elabora outras reflexões sobre o desenvolvimento inicial, relativas à comunicação silenciosa entre o bebê e sua mãe. O autor assinala que a compreensão do significado da experiência do bebê olhar para a mãe enquanto é amamentado pode ser encontrado na clínica, no trabalho analítico com alguns pacientes que podem reportar-se a fenômenos bastante primitivos e verbalizá-los. Winnicott se refere aos pacientes que puderam passar por momentos regressivos em sua análise.

O autor lembra neste artigo que o bebê tem necessidade de se ver refletido nos olhos de sua mãe, pois, ser visto, significa que ele existe, que sua existência é reconhecida pela mãe que lhe devolve o próprio eu (*self*). Neste caso, é mesmo uma necessidade olhar e ser olhado. “Mas, muitos bebês, contudo, têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando” (WINNICOTT, 1967b/1975, p. 154). Algumas mães ficam distantes, emocionalmente distantes, deprimidas. O bebê lhe envia um olhar que, no entanto, cai no vazio. A única coisa que conseguem refletir é seu próprio humor ou a rigidez de suas próprias defesas.

Winnicott (1967b) menciona que esta impossibilidade da mãe se comunicar silenciosamente com seu bebê, ou seja, de permitir que ele se veja em seu olhar, gera várias consequências graves. Algumas delas são destacadas pelo autor, especialmente a capacidade criativa do bebê, que começa a se atrofiar. Alguns bebês não abandonam a esperança: estudam o objeto e fazem tudo o que é possível para ver algum significado que ali deveria estar; procuram despertar

atenção adoecendo ou sendo agressivos. Ou seja, a comunicação deixou de ser silenciosa e o bebê precisou reagir ao trauma por não ter se estabelecido uma comunicação recíproca com sua mãe.

Esse tema também fora abordado um ano antes, em trabalho escrito para um congresso em Londres sobre amamentação, intitulado “A amamentação como forma de comunicação” (1968a/1994). A amamentação é uma forma de comunicação que se estabelece entre a mãe e seu bebê. A base é o cuidado físico, fisiológico e emocional.

Em torno de doze semanas, o bebê, ao ser amamentado, “brinca”, nos diz Winnicott (1969b/1994). “O bebê olha para o rosto da mãe e a sua mão se levanta, de maneira que, de brinquedo, ele está amamentando a mãe por meio de um dedo que coloca na sua boca” (WINNICOTT, 1969b/1994). Esta experiência de troca, de mutualidade, é uma conquista desenvolvimental para o bebê e pode ser chamada de transicional; um espaço potencial começa a surgir, e decorre do vínculo sintônico estabelecido entre a mãe e seu bebê, graças ao estado emocional disponível por parte da mãe. Ela permite que o bebê crie o seio que lhe é oferecido no momento adequado. A mãe ajuda a situar o objeto (o seio) no local e momento apropriados, o bebê vive a ilusão de criar o seio. De fato, ele está lá quando o bebê sente necessidade; criar o seio é criar o mundo. Esta é a criatividade primária, a experiência de onipotência, que tem um valor muito grande para o psiquismo em formação. Esta experiência fornece a base para o sentimento de *ser*, pois o bebê se sente nutrido física e emocionalmente; se sente preenchido. Aos poucos poderá ser tornar uma unidade formada com uma membrana limitadora.

Nos trabalhos acima citados, de uma forma geral, Winnicott procura sinalizar a importância da comunicação que independe da verbalização, não somente na relação mãe-bebê, como também na relação entre analista e analisando. É nítida a crítica do autor ao excesso de ênfase dada à verbalização na psicanálise, tanto com relação ao paciente, como na atividade interpretativa do analista (Winnicott, 1969b/1994). Ele se preocupa em assinalar que a atitude do analista, algo que é “dito” através de seu manejo, de seu gesto, de seu olhar e de sua capacidade de suportar toda a gama de sentimentos transferidos pelo paciente, ajuda muito mais a sustentar e mesmo a aprofundar o processo analítico. Reconhece a importância da verbalização e das associações possibilitadas pelo processo interpretativo, desde que sejam formuladas em conjugação às linguagens

relacional, corporal e afetiva, pela experiência de mutualidade ou espaço potencial construído na análise.

3.2.5

O brincar e a espontaneidade

A experiência do brincar é central na concepção teórico-clínica de Winnicott, está presente em seu estudo sobre o desenvolvimento emocional e em sua forma de conceber a clínica psicanalítica do trauma. O brincar é uma aquisição fundamental para o bebê, assim como para o paciente. A experiência do brincar na clínica tem relação com a possibilidade de o paciente poder ser espontâneo, seja ele uma criança ou adulto, pois “é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruam sua liberdade de criação” (WINNICOTT, 1975, p. 79).

O brincar e a espontaneidade permitem maior contato com o verdadeiro *self* e, por conseguinte, uma relação criativa com o mundo. Estas constatações feitas por Winnicott indicaram a necessidade de priorizar o estudo do brincar em psicanálise, “como um tema em si mesmo, suplementar ao conceito de sublimação do instinto” (WINNICOTT, 1971/1975d, p.60).

Na opinião do autor, o brincar não havia recebido a devida atenção por parte dos psicanalistas, sendo comumente atrelado à atividade masturbatória. Mesmo Klein, no seu entender, havia privilegiado em seu ponto de vista o uso do brinquedo ou da brincadeira, deixando de observar e descrever “as infinitas sutilezas que podem ser encontradas na brincadeira por aqueles que as procuram” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 61). Além disso, o autor inglês sugere que o brincar também seja encontrado na análise de adultos. “Sugiro que devemos encontrar o brincar tão em evidência nas análises de adultos quanto o é no caso de nosso trabalho com crianças. Manifesta-se, por exemplo, na escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 61). Além destas importantes reflexões, nas quais Winnicott distingue o substantivo ‘brincadeira’ do verbo substantivado ‘brincar’, lembra que seus estudos sobre os fenômenos transicionais possibilitaram a compreensão do valor do tema do brincar como algo relacionado ao *fazer* no espaço potencial entre o bebê e a mãe. Sendo assim, há neste espaço maior atividade decorrente da

conquista da experiência de *ser*, algo garantido pela continuidade do cuidado. Muito precocemente o brincar pode se estabelecer na vida da criança. Tudo vai depender de o ambiente oferecer condições para isso. A mãe tem uma importância especial na criação da terceira área ou espaço potencial no qual o brincar criativo pode fruir. O brincar se estabelece em um ambiente seguro que transmite confiança; e a mãe é esse ambiente inicial.

Já nos anos 1930 há trabalhos de Winnicott sobre a temática do brincar, que se desenvolveu em uma teoria complexa através das elaborações feitas, principalmente, em seus últimos trabalhos. Para ele, o brincar depende da experiência de ser cuidado, de poder viver experiências partilhadas, vivências relacionadas à ilusão/desilusão, ao amor/ódio, ao objeto subjetivo/objetivo, ao mundo interno/mundo externo, enfim às diversas formas pelas quais o *self* é descoberto e fortalecido na relação com os objetos primordiais ou na relação analítica.

Do seu ponto de vista, é através do brincar que a criança cria a possibilidade de lidar com angústias, de metabolizar situações vividas que mobilizaram sentimentos ambíguos, difíceis muitas vezes para ela suportar. Estas vivências são reencenadas e podem ser expressas livremente, tanto no que diz respeito ao ódio como ao amor. O brincar é também terapêutico, pois, através dele a criança lida com seu mundo interno e pode também comunicá-lo, organizá-lo e mantê-lo sem muitas tensões.

Mas Winnicott (1936/1997) lembra que há uma variedade na qualidade do brincar, podendo indicar sérias dificuldades relacionadas com os primeiros anos de vida. Neste trabalho de 1936, o autor inglês menciona que crianças que lutam com fantasias persecutórias podem ser levadas por seus medos a relações nas quais sensualizam o sofrimento e a submissão a outras crianças. “Elas têm uma grande necessidade interna de encontrar e provar uma relação de crueldade e sofrimento na realidade externa. Lá elas podem colocar a fantasia que ameaça se transformar em delírio” (WINNICOTT, 1936/1997, p. 99). Estas crianças não conseguem brincar; apenas repetem incessantemente manifestações de estados caóticos. Podemos entender estas manifestações como tentativas de elaborar e de comunicar o trauma vivido, mas há uma distinção clara entre o brincar espontâneo e criativo e essas expressões reativas.

Em 1954, Winnicott elabora algumas questões sobre o brinquedo na análise de adultos; lembra que este trabalho se apoia na análise dos sonhos, das fantasias e das alucinações e, portanto, *a priori*, as interpretações decorreriam deste material. Mas nem sempre é possível. Ao lidarmos com pacientes traumatizados nos damos conta do valor integrador que a experiência partilhada tem para o paciente. O autor quer chamar atenção para o fato de que o brinquedo tem muito valor como experiência partilhada, como sobreposição parcial da fantasia da outra pessoa com a nossa que é fundamental para a clínica, mesmo de adultos, principalmente para os pacientes traumatizados. Essa experiência pode ser relacionada ao que Winnicott chama de realização simbólica, o analista proporciona algo ao paciente, algo que ele sente como também criado por ele. As experiências partilhadas, por exemplo, as trocas verbais humorísticas, episódios de brincar que podem ocorrer na análise de adultos são vivências, antes de tudo, integradoras.

O brinquedo utilizado na análise de crianças oferecido ao paciente em períodos de silêncio pode capacitar o analista a fazer interpretações. Esta constatação, todavia, tem por base o reconhecimento do valor do brinquedo como algo distinto do sonho e da fantasia. O autor nos lembra de que no brinquedo, “ainda que se tenha que abandonar uma parte considerável que não pode ser partilhada com outra pessoa, há muito a ser ganho da ‘sobreposição parcial da fantasia da outra pessoa com a nossa’, de maneira que existe uma experiência partilhada, ainda que sobre uma área limitada do fantasiar total” (WINNICOTT, 1954c/1994, p.25).

O brinquedo, então, tem uma relação especial com a forma de comunicação sutil vivida na experiência com o outro; é ele que organiza e cria novos sentidos, permite o gesto espontâneo. Assim, o encontro com o outro pode permitir o encontro consigo mesmo. O brincar é uma experiência transicional e pode ser extremamente estruturante e terapêutica para os pacientes adultos que, por alguma razão, não puderam partilhar fantasias através do brincar em sua infância em decorrência do trauma.

O tema do brincar em sua relação com o fantasiar e o sonho é novamente abordado em 1968, no trabalho sobre “O brincar e a cultura” (1968b/1994). Em ambos, nos diz Winnicott, se faz uso de elementos da imaginação. A criança ao brincar utiliza materiais da realidade externa ou partilhada para a expressão de

material onírico. O brincar se estabelece no espaço potencial entre a mãe e seu bebê.

Em *O brincar e a realidade* (1971/1975), Winnicott elabora em maior profundidade o tema da experiência transicional apresentada inicialmente em seu artigo “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” (1951). Neste artigo, o psicanalista britânico apresenta importantes considerações relacionadas ao brincar e à espontaneidade que fazem parte do desenvolvimento do bebê.

No período anterior a 1951, como comenta Abram (2000), não havia na literatura psicanalítica trabalhos sobre a transicionalidade como dimensão importante para o desenvolvimento emocional e psíquico do bebê. Freud já postulava a transição do princípio do prazer ao princípio da realidade sem, no entanto, se aprofundar sobre esse estudo. Assim como Klein, também investigara sobre o mundo interno do bebê, mas deixando de levar em conta com maior atenção a influência do mundo externo.

Winnicott reconheceu a importância destas contribuições, mas procurou destacar que não se poderia, por outro lado, negligenciar o estudo desta terceira área de experimentação na qual a realidade interna e o mundo externo oferecem sua contribuição. E, nesse estudo, Winnicott demonstrou como inicialmente o bebê precisa acreditar que criou o seio, “a onipotência é quase um fato da experiência” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 26). O seio nutre física e emocionalmente o bebê. E está sempre lá quando o bebê necessita. Esta ilusão gradativamente será substituída pela desilusão, que é também necessária para seu desenvolvimento.

Nesta etapa do processo de amadurecimento, o bebê já não é tão dependente do ambiente como no período logo após o nascimento. A distinção entre o eu e o não-eu, aos poucos, começa a se estabelecer. No entanto, este é também um período delicado e de extrema importância, por ser, justamente, uma fase de transição em que diversas aquisições são conquistadas e, na qual, precisará de apoio emocional por parte do ambiente de forma a poder realizá-las.

Winnicott (1971/1975) lembra que os bebês, mais cedo ou mais tarde, se interessam e se apegam a algum objeto, geralmente macio, que é encontrado e usado por eles. Esta aquisição passa a ser vitalmente importante, tornando-se um padrão, para lidar com o momento de dormir ou com os momentos em que se está só. Este objeto é uma forma de apoio para poder lidar com a separação da mãe.

Freud, em 1920, também menciona em seu artigo “Além do princípio do prazer” observações importantes sobre a forma de o bebê suportar a separação e lidar ativamente com ela através do brincar. A capacidade de simbolizar do bebê está em processo de desenvolvimento nesta etapa. O objeto transicional, essa primeira posse ou criação, representa a totalidade dos componentes da maternagem e, conforme Winnicott, tem a função de assegurar a continuidade da experiência de cuidado. “O importante não é tanto seu valor simbólico, mas sua realidade. O fato de ele não ser o seio (ou a mãe), embora real, é tão importante quanto o fato de representar o seio (ou a mãe)” (WINNICOTT, 1971/1975, p.19).

O objeto faz parte da realidade externa, mas ao mesmo tempo foi criado pelo bebê e o ambiente sustenta essa criação. Isso significa que “o objeto interno está vivo, é real e suficientemente bom. Mas esse objeto interno depende, quanto a suas qualidades, da existência, vitalidade e comportamento do objeto externo. O fracasso deste em alguma função essencial leva indiretamente à morte, ou a uma qualidade persecutória do objeto” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 24).

Winnicott (1971) ainda lembra que o objeto transicional não precisa ser um objeto real. A função transicional pode estar presente através dos sons, balbucios, pedaços de lã, inclusive, na ponta de um lençol, que é acariciada pelo bebê e posta na boca junto com os dedos, e pode adquirir esta importância vital para o bebê. Nesta etapa, o bebê passa a ver a mãe como não sendo parte dele mesmo e pode lidar com as frustrações, pode começar a se relacionar com ela. A capacidade de esperar se desenvolve, na medida em que a criança integrou no seu mundo interno o cuidado oferecido pelo ambiente. O bebê confia na presença da mãe e pode usufruir de sua ausência através do brincar. O brincar faz a experiência do viver se enriquecer, criando para ela novos sentidos; novos sons são descobertos, novas formas e sensações, o mundo se amplia para o bebê a cada dia.

Os temas da espontaneidade e do impulso criativo estão interligados. O ambiente tem uma importância em relação ao destino e às consequências do gesto espontâneo do bebê. Para Winnicott (1965b/2011), a forma como o ambiente acolhe o impulso instintivo do bebê influenciará na espontaneidade.

O primeiro ano de vida é muito importante, várias experiências podem gerar aquisições ou distorções no desenvolvimento emocional. O psicanalista inglês chama atenção para o fato de que a espontaneidade pode ser ameaçada por

dois conjuntos de fatores geradores do trauma. O primeiro, pelo desejo da mãe de libertar-se das cadeias da maternidade e pela falsa ideia de que deve educar a criança muito cedo a fim de produzir um “bom” filho. O ambiente, no caso a mãe, forçaria um amadurecimento e uma adaptação da criança ao seu padrão rígido, tolhendo os impulsos instintivos. O segundo decorre desta forma de relação exigente, que levaria a complexos mecanismos de restrição da espontaneidade e o estabelecimento de um superego rígido.

Winnicott (1965b/2011) assinala que o controle interno, a capacidade de esperar e de se preocupar são conquistadas gradativamente através de uma “severidade mais humana e menos cruel” (1965b/2011) por parte da mãe: “a severidade das mães, portanto, tem um significado inesperado: leva, de modo gradual e gentil, à complacência, e salva a criança da ferocidade do autocontrole” (WINNICOTT, 1965b/2011, p. 16). Sendo assim, a criança pode adquirir o autocontrole sem perder demais a espontaneidade, pois, como lembra Winnicott, só ela faz a vida valer a pena.

Neste sentido, cabe mencionar que a capacidade criativa depende de um ambiente que vai se adaptando aos diferentes estágios e necessidades da criança em sua primeira infância, principalmente. A presença (física e emocional) da mãe, quando a dependência é absoluta, permite que o seio seja apresentado no momento exato em que a criança o cria. “O impulso criativo inato desaparece a menos que seja correspondido pela realidade externa (‘realizado’). Toda criança tem que recriar o mundo, mas isso só é possível se, pouco a pouco, o mundo for se apresentando nos momentos de atividade criativa da criança” (WINNICOTT, 1965b/2011, p. 16). Esta presença sensível possibilitará novas criações numa progressão natural.

A dimensão terapêutica e a regressão

O conceito de regressão sofreu mudanças significativas ao longo do tempo na teoria psicanalítica. Freud o emprega muitas vezes com o intuito de explicar e descrever os processos psíquicos relacionados ao sonho e aos sintomas, não havendo, em sua teorização, uma fundamentação mais rigorosa e sistemática deste conceito.

Alguns autores pós-freudianos, como veremos, concebem o conceito de regressão por um viés não explorado por Freud. As mudanças operadas na teoria, na técnica e, conseqüentemente, na clínica psicanalítica, empreendidas por Ferenczi, por exemplo, permitiram engendrar uma concepção da regressão por uma dimensão terapêutica, ou “reparadora”, como menciona Mezan (2014, p. 342). Em sua concepção, o autor húngaro faz clara menção ao processo que visa tratar a criança traumatizada no adulto. Diante dessas novas perspectivas teórico-clínicas, outros desafios surgem suscitando estudos e reflexões permanentes, principalmente, no que tange ao papel eminente do analista na constituição e sustentação de um ambiente que acolha a necessidade de regressão.

Se, na teorização de Freud, o conceito de regressão é basicamente um conceito auxiliar que serve para descrever processos intrapsíquicos, para Ferenczi a regressão é o cerne do processo analítico que vise tratar o paciente traumatizado. E, neste tratamento, a dimensão relacional é um fator determinante.

Como veremos, o conceito de regressão foi se tornando cada vez mais complexo, assim como o papel do analista. Se, na concepção de Freud, este conceito tinha um caráter basicamente descritivo, coincidindo o papel do analista com o de observador distante, a partir da grande virada teórico-clínica empreendida por Ferenczi a respeito do trauma, da regressão e do papel do analista, uma série de revisões foi levada a cabo, dentre as quais se destaca a questão da contratransferência. Esta virada na teoria e na prática clínica foi possibilitada pelas pesquisas empreendidas pelo analista húngaro com o objetivo de adaptar a técnica analítica aos pacientes que sofreram traumas.

Muitos críticos consideraram contraditórias as experimentações de Ferenczi no campo da técnica. A este respeito, Haynal (1995) questiona “se as *atitudes* que Ferenczi tomou antes e depois de 1926 foram efetivamente contraditórias, não é próprio da experimentação justamente pesquisar em direções diferentes? ” (HAYNAL, 1995, p.23, grifado no original). Ora, Ferenczi não hesitou, diante do sofrimento de seus pacientes traumatizados, em adaptar a técnica clássica às necessidades deles. Acerca disto, Freire (1995) comenta que:

Ferenczi não hesita: experimenta! Faz, desfaz e refaz. Pensa no impensado, retifica o que pensou, duvida das certezas, e a soma é uma magnífica peça de invenção teórica e sensibilidade clínica. Na mais fiel tradição freudiana, Ferenczi saiu em busca do trauma perdido, transformando dores proustianas em esperança de uma psicanálise melhor (FREIRE, 1995, p. 10).

Haynal (1995) assinala ainda que havia coerência na pesquisa que embasava suas experimentações no campo da técnica, ou seja, Ferenczi procurava entender o papel do analista e sua implicação no processo analítico. “Trata-se de esclarecer as consequências de suas diferentes atitudes, de suas manifestações verbais e não-verbais; de que maneira sua própria análise e a do analisando se encontram” (HAYNAL, 1995, p. 23). Sem dúvida, uma questão pertinente para aquele discípulo de Freud que ficara encantado diante do fenômeno psicanalítico da transferência, tal como exposto em seus artigos “Transferência e Introjeção” (1909) e “O conceito de introjeção” (1912).

Fédida (1988), nas suas elaborações sobre a técnica em psicanálise, tendo como referência as considerações desenvolvidas por Haynal (1995), chega mesmo a comentar que o verdadeiro fundador da psicanálise como técnica clínico-terapêutica foi Ferenczi.

Com relação às controvérsias entre Freud e Ferenczi, alguns autores, dentre eles Masson (1984, apud Haynal, 1995) sugerem que elas decorrem do fato de Freud discordar das ideias de Ferenczi sobre o trauma; outros autores, como o próprio Haynal (1995), acreditam que as controvérsias giravam principalmente em torno da questão das experiências técnicas e do fato de Ferenczi ter se colocado à mercê dos pacientes gravemente regredidos, o que seria insuportável para Freud, pois o remetia às dificuldades encontradas em suas primeiras experiências com pacientes histéricas na época do trabalho conjunto com Breuer.

Haynal (1995) analisa o cerne do problema, levando em conta as reações pessoais dos terapeutas Freud e Ferenczi, o que pode ser de grande valor para uma análise mais profunda sobre as motivações e interesses de cada um. Segundo o autor, Freud sempre esteve preocupado com a questão da cientificidade e considerava que o controle da situação clínica estaria ameaçado por questões ligadas à transferência. Ferenczi era sobretudo um clínico interessado em buscar saídas para o sofrimento psíquico. Seu ideal terapêutico o incitava a persistir e enfrentar as dificuldades surgidas com relação à transferência, mesmo na clínica da psicose. Tal experiência lhe permitiu entrar em contato com fenômenos com os quais Freud preferiu não lidar. Além disso, não considerava possível tratar psicanaliticamente pacientes psicóticos.

Vimos que pela perspectiva ferencziana, o conceito de regressão na teoria psicanalítica assume um viés terapêutico, o que exige do analista um papel muito mais participativo. O analista sabe que está tratando a criança traumatizada que o adulto traz dentro de si e que já não cabe apenas observar, descrever, interpretar. Uma exigência muito maior à disponibilidade psíquica, corporal e emocional do analista estará em jogo. Na verdade, podemos dizer que a disponibilidade do analista, seu tato, propiciará a formação deste espaço eminentemente relacional, elemento assegurador fundamental para o tratamento da criança traumatizada, pois é disso que se trata basicamente em uma análise.

Assim, de uma perspectiva mais psicopatológica, voltada para o sintoma e seu tratamento, a psicanálise vem se transformando desde Ferenczi, no sentido de procurar aprofundar cada vez mais o conhecimento sobre os processos envolvidos na constituição do psiquismo, na estruturação da personalidade e nos meios terapêuticos adequados para tornar menos restritiva a forma de vida, a forma de relação do indivíduo com o mundo externo.

Durante um bom tempo, após a morte de Ferenczi, essa temática foi relegada ao silêncio, sendo retomada, posteriormente, por Balint e outros autores na sequência. De fato, Balint ao retomar a reflexão sobre o trauma, a contratransferência e a regressão, precisou formular uma crítica a alguns conceitos em psicanálise que impediam a compreensão de certos fenômenos clínicos. Ele persistiu na investigação destes temas e pôde reconhecer as dificuldades inerentes a este processo. Nesta trajetória, identificou e diferenciou as formas de regressão e se preocupou em chamar à atenção para a resposta do analista às mesmas como

um fator determinante para o processo terapêutico. Assim, Balint foi o autor que procurou investigar e resolver impasses ligados a algumas das controvérsias teórico-clínicas entre Freud e Ferenczi.

Autores como Ferenczi, Balint e Winnicott puderam somar às contribuições freudianas, descobertas clínicas e teóricas que têm auxiliado a prática clínica atual e seus impasses frente às consequências dos traumatismos precoces, promotores de angústias inomináveis, de vivências irrepresentáveis. Como vemos, entre sonho e trauma há um abismo imensurável. O estudo e reflexão sobre o trauma e a regressão são temas importantes para a clínica psicanalítica ainda na atualidade, pois lidamos em nossa clínica cotidiana com questões paradoxais que apontam para a necessidade de uma reflexão permanente sobre os limites da interpretação, assim como da elasticidade. Estabelecer um equilíbrio entre ambos, pautado por uma atitude empática e ética, como ensinou Ferenczi, é o que pode permitir mudanças psíquicas mais efetivas e formas de relacionar-se menos restritivas.

4.1

O conceito de regressão em Freud

O termo regressão é muito anterior à psicanálise. Freud, em nota de rodapé acrescentada em 1914 ao capítulo VII de “A Interpretação dos sonhos” (1900), atribui a descoberta do conceito de regressão a Albertus Magnus, escritor escolástico do século XIII e ao *Leviathan*, de Hobbes (1651).

No texto freudiano, tal conceito foi publicado pela primeira vez em “A Interpretação dos sonhos” (1900). Segundo Strachey (1950/1996), Freud parece tê-lo deduzido da contribuição de Breuer aos “Estudos sobre a histeria” (1895/1996). Breuer descreveu neste trabalho, em conjunto com Freud, o movimento retrogressivo da excitação proveniente de uma ideia ou imagem mnêmica desde a percepção ou alucinação.

Mas, divergindo do ponto de vista de Strachey (1950/1996), Rudge (1976) ao delimitar o conceito de regressão, através do exame crítico dos diferentes significados nos textos freudianos e do estudo das articulações que esse conceito mantém com outros conceitos teóricos da psicanálise, considera que o termo retrogressão utilizado por Breuer é diferente daquele utilizado por Freud. “Para o

primeiro, o termo é usado na descrição do fenômeno alucinatorio, enquanto para o segundo, é um conceito teórico empregado na explicação do mesmo fenômeno” (RUDGE, 1976, p. 15). A autora lembra que Freud emprega o termo regressão como construto teórico relevante na explicação da alucinação (Ibidem, p.60), como veremos mais à frente.

Entretanto, a ideia de regressão como um importante fator na patogenia das neuroses, psicoses e perversões é inteiramente de Freud, como lembra Balint (1993) ao analisar o desenvolvimento deste conceito na teoria freudiana. Ele nos mostra que em seus trabalhos iniciais de 1877 e 1878, Freud já faz alguma menção a esta ideia que será desenvolvida nas “Conferências introdutórias sobre psicanálise” (1916-7).

Contudo, anterior à ideia de regressão como fator na patogenia das neuroses é a descrição da alucinação como um mecanismo de defesa. Já em 1894, no trabalho “As neuropsicoses de defesa” e também no “Rascunho H” (1895), essa noção está presente como métodos de defesa contra ideias incompatíveis.

Ele volta a mencionar este conceito em 1915, na terceira edição dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), retomando a ideia de regressão como importante fator patogênico. Da mesma forma, um ano antes, na terceira edição da “Interpretação dos sonhos”, Freud menciona as duas características mais marcantes da regressão, ou seja, como mecanismo de defesa e como fator patogênico, e distingue três aspectos da regressão, o topográfico, o temporal e o formal, como veremos mais adiante.

Em “A Interpretação dos sonhos”, Freud (1900) está interessado em descobrir o lugar para o trabalho do sonho na trama dos processos psíquicos. Neste sentido, a *Traumdeutung* de Freud, como alude Pontalis (2005), “não é o livro do sonho, mas o livro que, por intermédio das leis do *logos* do sonho, descobre a de qualquer discurso e funda a psicanálise” (PONTALIS, 2005, p.38).

Se o trabalho do sonho tem uma importância destacada nas postulações freudianas sobre os processos psíquicos, a noção de regressão é fundamental para exprimir a característica essencial do sonho, sua natureza alucinatoria, o que o distingue das lembranças. Segundo Freud,

A única maneira pela qual podemos descrever o que acontece nos sonhos alucinatorios é dizendo que a excitação se move em direção retrocedente. Em vez de se propagar para a extremidade *motora* do aparelho, ela se movimenta no

sentido da extremidade *sensorial* e, por fim, atinge o sistema perceptivo. Se descrevermos como “progressiva” a direção tomada pelos processos psíquicos que brotam do inconsciente durante a vida de vigília, poderemos dizer que os sonhos têm um caráter “regressivo” (FREUD, 1900/1996, p. 572).

Assim, Freud menciona o termo “regressão” para explicar o movimento de caráter regressivo como característica da formação dos sonhos. Diferentemente da direção “progressiva” dos processos na mente que seguiriam a sequência: percepção do estímulo – pensamento – e ação. Esta última procuraria reduzir a tensão provocada pelo estímulo, mas quando a ação é impedida, o movimento de recuo ou regressivo ocorre.

O estado de recuo ou estado regressivo do sono é também mencionado por Freud em “Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos” (1917 [1915]) no qual descreve os efeitos produzidos pelo estado de sono sobre os diferentes ‘sistemas’ da mente:

Somaticamente, o sono é uma reativação da existência intra-uterina, na medida em que atende às condições de repouso, calor e exclusão do estímulo; na realidade, durante o sono muitas pessoas retomam a posição fetal. O estado psíquico de uma pessoa adormecida se caracteriza por uma retirada quase completa do mundo circundante e de uma cessação de todo o interesse por ele (FREUD, 1917[1915]/1996, p.229).

No estado de vigília, esse movimento retrogressivo chega apenas a traços de memória. Mas no sonho é possível ir além deste ponto. Esta regressão é uma das características psicológicas do sonho, pois permite reviver os elementos perceptivos da experiência, isto é, a alucinação.

Freud, neste trabalho de 1917[1915], examina novamente o problema da alucinação, tema já mencionado desde seu Projeto (1895). Interessa a ele o modo como, em nosso estado normal, somos capazes de distinguir entre fantasia e realidade. Menciona que os processos psíquicos primários não são capazes de distinguir entre uma ideia ou representação e uma percepção. Os processos psíquicos secundários têm a função de inibi-los, mas dependem do ego com reserva suficientemente grande de catexia capaz de suprir a energia necessária para acionar a inibição.

A inibição tem o papel importante de propiciar tempo para que se julgue se as coisas são ou não reais, ou seja, para o teste de realidade, tema discutido por Freud primeiramente em “Os dois princípios do funcionamento mental”, de 1911. Neste trabalho, o autor introduz a ideia de dois princípios que norteiam o

funcionamento mental, o princípio do prazer, ligado ao processo primário, e o princípio de realidade, ligado ao processo secundário. Esses princípios correspondem a duas etapas do desenvolvimento psíquico. Na vigência do primeiro, o psiquismo não é capaz de distinguir a realidade externa da mental. Vale mencionar, no entanto, que para Freud, o modo de operar do processo primário, como assinala Plastino (2014), não é uma característica presente apenas no início da vida humana, e que mais tarde seria substituída pelo processo lógico racional e da representação da linguagem. “Ao contrário esse processo continua sendo a forma genuína de ser do psiquismo, mantendo, pela vida inteira, a iniciativa em todos os atos psíquicos, mesmos nos que posteriormente se tornam conscientes” (PLASTINO, 2014, p.18).

Além da função de inibição, ainda neste trabalho, Freud (1911) faz referência à função do ego de direcionar as catexias da atenção para o mundo externo, sem as quais as indicações da realidade não poderiam ser observadas. Cada vez mais Freud desenvolve o interesse pela psicologia do ego e procura examinar com mais atenção as suas relações com o mundo externo.

Vale lembrar que, neste mesmo período, Ferenczi também está interessado nesta temática da relação do ego com o sentido de realidade, discutida em “O desenvolvimento do sentido de realidade”, de 1913, período de intensa troca intelectual entre os dois autores.

O estudo do sonho tem importância para a compreensão do funcionamento psíquico dito normal, assim como para o entendimento dos processos psíquicos patológicos. Conforme mencionado anteriormente, o fato do sonho ser feito de imagens suscita uma concepção tópica ou espacial do aparelho psíquico. Foi através do estudo do sonho que se derivou a colocação espacial do sistema inconsciente, pré-consciente e a consciência.

Além da concepção tópica, Freud também distingue a regressão temporal. Nesta, são retomadas formações psíquicas mais antigas relativas à história e às experiências de vida de cada um. Aqui há relações mais estreitas com o material clínico, e o aspecto temporal da regressão passa a ser relacionado com o desenvolvimento psicosssexual, tal como apresentado nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905).

Neste trabalho de 1905, Freud se refere à possibilidade de retorno da libido, a energia da pulsão, a caminhos laterais de satisfação e a objetos anteriores,

não mencionando, no entanto, explicitamente o termo regressão. Como já citado, em 1915, na terceira edição de “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, ele acrescenta a ideia de que a regressão seria um importante fator patogênico. Neste mesmo ano, Freud retoma o seu uso para descrever a ideia de uma regressão da libido a um modo anterior de organização, tendo por base as descobertas das fases do desenvolvimento psicosssexual infantil em uma ordenação, definindo claramente a regressão temporal. O autor considera que a libido atravessa diversas fases quanto à sua organização. Resumidamente, segundo Rudge (1976) de acordo com a teoria freudiana, a organização libidinal parte da fase anárquica em que os instintos parciais não estão integrados, seguida da fase oral como primeira forma de organização. Esta é subdividida na teorização de Abraham em pré-ambivalente e ambivalente com relação ao objeto.

Freud menciona, ainda, a fase anal, na qual duas tendências instintivas introduzem a polaridade entre atividade e passividade: são elas o instinto erótico-anal e o de dominação ou sádico. Abraham diferenciou duas etapas nesta fase anal-sádica, vinculadas a esses dois instintos, indicando uma tendência a expulsar, ligada ao instinto erótico anal e a de destruir, ligada ao instinto sádico, caracterizando uma relação objetal hostil. Na fase anal de retenção as tendências a reter e controlar são predominantes, correspondendo aos instintos erótico-anal e sádico respectivamente, que preservam o objeto.

Posteriormente, os instintos se organizam sob o primado dos genitais, dirigidos para um único objeto, caracterizando uma aproximação com a fase adulta. Freud (1905) a nomeou esta fase de fálica, tendo como referência o primado do falo. O par de opostos atividade-passividade predominante na fase anal transforma-se em fálico-castrado. O declínio do complexo de Édipo no menino é condicionado pela ameaça de castração e na menina, pela inveja do pênis.

A fase genital é caracterizada pela organização dos instintos sexuais sob o primado das zonas genitais. A integração destas pulsões resulta na função sexual adulta a serviço da reprodução.

No quadro da regressão temporal, portanto, Freud distingue uma regressão quanto ao objeto, uma regressão quanto à fase libidinal e uma regressão quanto à evolução do ego.

Conforme Laplanche & Pontalis (1995), Freud também não seguiu pelo caminho de uma teoria holística das fases, que agruparia não apenas a evolução da libido, mas também as defesas do ego. Segundo estes autores, tal teoria sob a égide de uma relação de objeto, acaba por englobar numa só linha genética a evolução do conjunto da personalidade. A defasagem e a possibilidade de dialética entre essas diversas linhas evolutivas são essenciais no determinismo da neurose.

A regressão da libido também pode ser vista em termos das etapas das relações com os objetos. Freud distinguiu etapas que tem seu início no autoerotismo, caracterizado pelo fato da ação que satisfaz a tensão sexual pode ter lugar no próprio corpo, prescindindo para tal do objeto. Como fase do desenvolvimento, Rudge (1976) lembra que o autoerotismo corresponde ao período em que os instintos parciais não estão integrados em uma organização, não havendo também a polarização entre o eu e o mundo externo em termos psíquicos. Esta etapa é seguida pelo narcisismo, na qual a integração dos instintos parciais começa a ocorrer. A polaridade entre o eu e o mundo externo é correlativa do tomar-se a si mesmo como objeto. A eleição do objeto corresponde à etapa final da evolução, na qual os instintos sexuais são direcionados para ele.

Além da regressão topológica e da regressão temporal, Freud também menciona a regressão formal. Esta indica que os modos de expressão e representação habituais são substituídos por modos mais primitivos, como mencionam Laplanche & Pontalis (1995). A regressão formal está relacionada às leis de funcionamento do aparelho psíquico. Rudge (1976) lembra que esses níveis são definidos por uma ordem de precedência formal de um modo de funcionamento sobre o outro, fazendo referência aos processos primário e secundário.

Freud (1900) considera que os três tipos de regressão constituem fundamentalmente apenas uma, pois na maioria das vezes coincidem, ou seja, o que é mais antigo no tempo é igualmente primitivo na forma e, na tópica psíquica, situa-se mais próximo da extremidade perceptiva. Com relação às diferentes formas de regressão mencionadas por Freud em 1900, Balint (1993) comenta que:

O movimento de “recuo” dos processos mentais, “transformando pensamentos em imagens”, não ocorre apenas no *espaço*, isto é, entre as várias instâncias do aparelho mental, mas também no *tempo*, a partir do presente, no sentido de

experiências mais precoces. E, finalmente, talvez a característica mais importante seja a observação clínica, de que durante a regressão, as experiências mentais aparentemente se desintegram em seus componentes anteriores, com o reaparecimento de *formas* mais simples de experiências dentro do aparelho mental (BALINT, 1993, p. 113, grifo nosso).

A regressão formal é a menos citada por Freud, que em seu trabalho de 1917, “Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos”, não chega a mencioná-la, distinguindo apenas a topográfica e a temporal. Para Balint (1993) teríamos aí um claro indício de que Freud era mesmo cauteloso quanto a este aspecto da regressão que, no entanto, tornou-se cada vez mais importante para a psicanálise.

Além destas distinções, há a forma regressiva de transferência, considerada uma forma de resistência, um obstáculo para o trabalho analítico que precisaria ser enfrentado pelo analista através de uma atitude de abstinência e privação. Tal forma é mencionada desde o texto freudiano em conjunto com Breuer, “Estudos sobre a histeria” (1895)

Freud também reconhece a forma regressiva de transferência como um dos sintomas de uma poderosa compulsão à repetição, invocada desde 1914, em “Recordar, repetir e elaborar”, e desenvolvida em 1920, no “Além do princípio do prazer”. Neste trabalho, Freud apresenta a tese de uma pulsão de morte, expressa clinicamente através do fenômeno de repetição, da agressividade e da ambivalência.

Balint (1993), ao seguir na análise da concepção da forma regressiva de transferência, levanta duas questões muito pertinentes e que nunca foram respondidas por Freud. O autor indaga: “se a regressão na transferência for um sintoma da compulsão à repetição, isto é, induzida pela força da pulsão de morte, nossas tentativas de impor abstinência e privação a nossos pacientes teriam alguma chance de sucesso? ” (BALINT, 1993, p.114). Na sequência também pergunta: “por outro lado também poderíamos inferir [...] que, em certo número de casos com pacientes regressivos, o tratamento analítico pode ser terminado com sucesso, que afinal a força da pulsão de morte talvez não seja tão arrasadora?” (Ibidem, p. 114).

Estas questões têm por base a crítica ao conceito de pulsão de morte, principalmente no que tange às suas consequências para a clínica. A repetição também poderia ser vista como tentativa do paciente de se recompor do trauma a partir de uma nova relação com o entorno, que poderia possibilitar um destino

diferente para a agressividade e a ambivalência. O que parece que Balint (1993) também quer ressaltar é sobretudo o papel do analista, as suas respostas, o manejo adequado, e que a sua adaptação à necessidade de regressão tem grande influência sobre o tratamento.

A regressão como aliada do trabalho psicanalítico é mencionada por Freud em “A história do movimento psicanalítico” (1914). Neste ensaio histórico o autor menciona a análise de Dora.

Essa direção regressiva tornou-se uma característica importante da análise. Era como se a psicanálise não pudesse explicar nenhum aspecto do presente sem se referir a algo do passado; mais ainda, que toda a experiência patogênica implicava uma experiência prévia que, embora não patogênica em si, havia, não obstante, dotado esta última de sua qualidade patogênica (FREUD, 1914/1996, p. 21).

Em sua análise, esta paciente precisou retornar à primeira infância para conseguir solucionar um conflito atual. Essa possibilidade mostrou a Freud o quanto a regressão poderia ser terapêutica.

No entanto, como menciona Balint (1993), Freud ressaltou ao longo das suas produções teóricas os aspectos negativos da regressão e a necessidade do analista manter a objetividade simpática, passiva e normal, não respondendo aos desejos e anseios do paciente, a não ser através do trabalho interpretativo. Essas características com relação à atitude do analista são questionadas por Balint ao longo de sua obra, principalmente em “A falha básica” (1993). Veremos a seguir as contribuições de Ferenczi - de quem Balint derivou boa parte de sua teoria clínica - que criticou a técnica analítica clássica para o tratamento de pacientes traumatizados. Para este autor a atitude de objetividade simpática e passiva diante dos pacientes regredidos seria ainda mais traumatizante.

4.2

Ferenczi e o acolhimento da regressão na situação analítica

Diferentemente de seu mestre, que preferiu não aprofundar o ponto de vista a respeito da regressão apresentado em “A história do movimento psicanalítico” (1914), Ferenczi não apenas reconheceu o valor terapêutico da regressão na situação analítica como também procurou investigar esse processo e seus efeitos para seus pacientes. Esse enfoque está presente principalmente em

seus trabalhos “A elasticidade da técnica” (1928a) e “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), assim como nas anotações de seu *Diário clínico* (1932a). Mas ao analisarmos seu percurso de investigação no campo da técnica, podemos constatar que o foco de atenção sempre esteve voltado para a tentativa de vencer as resistências de forma a poder aprofundar o processo analítico por uma dimensão terapêutica.

Como vimos, a clínica de Ferenczi era formada por pacientes que muitos analistas preferiam não tratar, ou seja, aqueles que não poderiam se beneficiar do tratamento baseado na técnica interpretativa. É certo considerar que Freud se interessou pelo estudo do psiquismo e do inconsciente e se preocupou em construir sua metapsicologia, deixando de investigar de forma mais detalhada certas questões clínicas relativas aos casos graves, dentre elas a técnica analítica, sua aplicabilidade e seus impasses em tais casos. Esse foi o foco de interesse de Ferenczi.

As pesquisas de Ferenczi no campo da técnica psicanalítica permitiram reconhecer a importância de certos fenômenos surgidos na situação analítica como formas de expressão dos estados afetivos e emocionais de seus pacientes que nem sempre podiam ser expressos através das palavras. Acolher estas sensações e poder buscar seus sentidos ou construir os sentidos através da experiência vivida na análise, no momento presente, acarretou em mudanças para o paciente no sentido de maior integração psíquica. Ferenczi procurou acolher as diferentes formas de resistência, os sintomas transitórios, os sintomas corporais, o silêncio, os gestos, a própria atmosfera da sessão como importantes indícios sobre o estado emocional de seus pacientes em decorrência da gravidade das vivências traumáticas que atingiam o psiquismo como um todo, resultando em profundas cisões, afetando a capacidade de síntese e de elaboração psíquica.

A preocupação de Ferenczi com os limites da técnica analítica estão presentes desde seu artigo de 1918, “A técnica psicanalítica”, no qual procura assinalar os entraves que poderiam ocorrer pelo fato do paciente vir a utilizar a regra fundamental da análise a favor da própria resistência, tornando o processo associativo rico em generalizações e racionalizações, de forma a evitar entrar em contato com as vivências emocionais. Ainda neste artigo, como também no trabalho de 1925, “Psicanálise dos hábitos sexuais”, disserta sobre a técnica ativa, uma das formas de intervenção para ajudar o paciente a transpor dificuldades

inerentes à estagnação do processo analítico. Dando continuidade às elaborações sobre os limites da técnica interpretativa, lembra em seu artigo “Dificuldades técnicas de um caso de histeria” (1919a) que a técnica ativa possibilitou trazer à consciência o sentido das manifestações históricas.

Este tema também é abordado em “Fenômenos de materialização histórica” (1919b), no qual sugere que a linguagem gestual do histérico seria um retorno ou uma regressão à etapa na qual o organismo tenta adaptar-se à realidade, modificando o próprio corpo através dos gestos mágicos. Neste trabalho, o autor faz uma analogia com o sonho e apresenta a concepção tríplice de regressão, apoiando-se na teoria freudiana apresentada em “A interpretação dos sonhos” (Freud, 1900). O autor lembra que, no sonho, a realização do desejo inconsciente é puramente alucinatória. Já nas materializações o que parece se evidenciar é uma regressão mais profunda, pois tais excitações se liquidam apenas através da descarga motora, ou seja, passam pela motricidade inconsciente: “o que significa uma regressão *tópica* a uma profundidade do aparelho psíquico onde os estados de excitação já não se liquidam por um investimento psíquico – ainda que fosse alucinatório – mas simplesmente pela descarga motora” (FERENCZI, 1919b/1993, p. 47, grifado no original). Em relação ao plano *temporal*, Ferenczi afirma que tal regressão corresponderia a uma etapa muito primitiva dos desenvolvimentos onto e filogenético. A adaptação nos estágios iniciais é autoplástica, ou seja, ainda não se faz modificando o mundo exterior, mas o próprio corpo. Por fim, Ferenczi também alude ao plano *formal* da regressão. O processo reflexo é o protótipo do psíquico, “é a etapa que o precedeu e para a qual até a mais alta complexidade psíquica tem sempre tendência a regressar (...) trata-se simplesmente da regressão à protopsique” (FERENCZI, 1919b/1993, p. 48, grifado no original).

Assim, o analista húngaro procura explicitar neste trabalho de 1919, a relação imanente entre os sintomas corporais e o psiquismo, tornando mais compreensível “o misterioso salto do psíquico para o somático”. (FERENCZI, 1919b/1993, p. 48). Essas considerações têm por base o princípio do prazer, e algumas destas proposições serão desenvolvidas em seu ensaio sobre a teoria da genitalidade, *Thalassa* (1924a).

Em “Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise” (1921) Ferenczi lembra que para os pacientes terem acesso às representações recalçadas, é

necessário o uso da técnica ativa, pois, através das injunções e proibições, tal acesso poderia tornar consciente certos impulsos recalcados. O autor húngaro explica que também o afeto liberado no paciente pela atividade pode fazer surgir representações recalcadas. Mas sugere ainda que certos conteúdos não poderiam ser rememorados, pois pertenceriam ao período dos gestos não coordenados ou dos “gestos mágicos”, anteriores à época da compreensão verbal, tal como mencionado em seu trabalho de 1913, “O desenvolvimento do sentido de realidade”. Em outros termos, a técnica ativa, que tem papel de “agente provocador”, ajuda (através da ação) a revelar o que não poderia ser rememorado, mas somente revivido, para, na sequência do trabalho analítico, também ser interpretado ou reconstituído nas lembranças.

Como vemos, Ferenczi procurou através das pesquisas no campo da técnica ultrapassar os limites do que ele chamou de técnica clássica e considerou que a atividade ajudaria a desmascarar as resistências. Portanto, estendeu as interdições das associações à atividade de fantasia do paciente e em outros momentos percebeu a necessidade de intervir para provocar o surgimento de fantasias no caso do paciente ter dificuldade de entrar em contato com as suas produções psíquicas. Assim “sua imaginação ganha embalo” (FERENCZI, 1924b/1993, p.243). Considera que essas fantasias provocadas, “fornecem-nos os meios de explorar em maior profundidade o recalcado inconsciente” (FERENCZI, 1924b/1993, p. 243). Ferenczi explica: “não hesito em pedir aos pacientes que busquem as reações adequadas e, se se obstinam em dizer que nada lhes acode ao espírito, ordeno-lhes abertamente que as imaginem” (1924b/1993, p. 243).

Ferenczi lembra que suas experiências no campo da técnica forneceram informações importantes sobre seus pacientes traumatizados; pacientes que, como ele esclarece, “pertenciam a famílias onde os atos e os gestos das crianças são controlados desde a mais tenra infância com uma severidade excessiva” (FERENCZI, 1924b/1993, p. 247). Estas experiências permitiram a compreensão da origem do que Ferenczi chamou de “tendência ulterior para a impotência psíquica” (1924b/1993, p. 248).

Vale ressaltar que, apesar dos progressos obtidos na análise de alguns pacientes, o autor reconheceu os limites da técnica ativa. No artigo de 1924, sobre as contraindicações das intervenções ativas, lembra que seu uso “só se justifica praticamente no período de desligamento, portanto, no período final do

tratamento”. Além disso, assinala que é indispensável que o analista tenha “uma grande experiência de análises ‘não ativas’ e de fantasias não provocadas antes que se permita uma intervenção desse gênero – sempre arriscada sobre a espontaneidade das associações do paciente” (FERENCZI, 1924b/1993, p. 247). Estas ponderações são mencionadas também em seu artigo de 1925, “Psicanálise dos hábitos sexuais”, mas é no trabalho de 1926, “Contra-indicações da técnica ativa”, que explicita melhor as mudanças em seu ponto de vista.

Neste artigo de 1926, o autor se dá conta de que as injunções e proibições exacerbavam as resistências. A forma por vezes rígida, das intervenções do analista, representava uma espécie de *re*-traumatismo ao impor à força sua vontade ao paciente numa repetição fiel à situação pais-criança, ou professor sádico-aluno. A partir destas considerações, Ferenczi chega à conclusão da importância de o analista, cada vez mais, trabalhar no sentido de uma “flexibilidade elástica”, tal como sugere neste trabalho (1926/1993, p. 368).

O artigo de 1926 expõe importantes considerações a respeito da relação transferência-contratransferência, formuladas a partir das reflexões sobre a técnica ativa e sua aplicabilidade. Estas construções teóricas decorreram da mudança de perspectiva em seu trabalho com pacientes que apontaram para a necessidade de o analista também levar em consideração seu importante papel no que diz respeito às produções (sonhos, atos falhos e outras expressões do psiquismo) de seu paciente.

Ferenczi considera fundamental que as representações estejam em conformidade com as vivências afetivas. “O conhecimento de uma parte da realidade, talvez a mais importante, não pode converter-se numa convicção pela via intelectual, mas somente *na medida em que ela estiver em conformidade com a vivência afetiva*” (FERENCZI, 1926/1993, p. 374, grifado no original). O autor húngaro está assinalando a importância de o processo de análise ser uma vivência na qual os afetos possam ter seu lugar, pois a vivência emocional na análise é também um “conhecimento” que permite que mudanças psíquicas de fato possam ocorrer.

O ensaio bioanalítico *Thalassa*, publicado em 1924, apresenta a abordagem do autor sobre a regressão, sobre a origem e o originário, temas que também estarão presentes em anotações de seu *Diário clínico* (1932a), documento

autoanalítico excepcional, como lembra Bokanowski (2000), em que Ferenczi expõe mais profundamente suas ideias sobre o tema da regressão.

Thalassa foi publicado em 1924, mas esboçado por volta de dez anos antes, quando o autor se dedicou, durante as horas de folga no serviço militar, a traduzir para o húngaro os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (Freud, 1905). Este trabalho rico e original consiste, inicialmente, em uma tentativa de formular uma explicação mais detalhada sobre a genitalidade humana, em especial, a função do coito – fase terminal da evolução sexual, mencionada por Freud (1905). Ferenczi estabelece um paralelo entre a evolução das espécies, a filogenia e a evolução do indivíduo, a ontogenia, tendo como referencial as ideias de Lamarck e Darwin sobre o processo de evolução das espécies e da hipótese biológica de Haeckel de que a ontogênese repete a filogênese.

Neste trabalho, como menciona Figueiredo (1999), o autor húngaro elabora pontos de vista próximos àqueles mencionados por Freud em “Além do princípio do prazer” (1920), que estariam presentes em carta a Lou Salomé, de 1914, indicando a intertextualidade como marca decisiva na produção intelectual de ambos e assinalando que, apesar do texto de Freud ter sido publicado antes, as ideias de Ferenczi são anteriores ao texto freudiano de 1920.

Ferenczi utiliza termos da biologia para explicar fenômenos relativos à psicologia, pois considera viáveis estas “analogias recíprocas” (1924a/1993, p. 257), esse diálogo entre os diferentes saberes para tentar aprofundar a compreensão dos complexos processos envolvidos nos fenômenos psíquicos de forma mais integrada, ou em outros termos, “a medir a matéria através do imaterial e vice-versa” (1924a/1993, p.257). Estas proposições representam o rompimento com a divisão cartesiana corpo-mente, antecipando, conforme Kahtuni & Sanches (2009), uma mudança de paradigma no sentido de se pensar na simultaneidade do psicossoma e em sua integração inevitável aos diversos sistemas e dimensões em que se encontra implicado. A exemplo disto, tal como Ferenczi também comenta em 1919 no trabalho “Fenômenos de materialização histórica”, os fenômenos de conversão e de materialização histórica são uma genitalização regressiva de antigos autoerotismos, ou seja, o deslocamento de processos qualitativos da zona genital para outras partes do corpo. O autor utiliza o termo anfimixia, cunhado na biologia (que significa a união dos gametas femininos e masculinos na reprodução, dando origem ao embrião), para se referir

ao processo de fusão de dois ou mais erotismos numa unidade superior, e levanta duas possíveis objeções a esta proposição. Uma se refere à fisiologia e a outra à metapsicologia, isto é, ao próprio campo da psicanálise:

Até o presente consideramos sempre o psiquismo como um conjunto de mecanismos variados que funciona com uma única espécie de energia, que pode ser deslocada de um sistema para outro; mas nunca esteve em questão um deslocamento de qualidades, e muito menos se tratou de diferenças qualitativas das próprias energias, tal como a teoria da anímixia exigiria (FERENCZI, 1924a/1993, p. 262, grifado no original).

O autor sugere que esta hipótese metapsicológica talvez devesse ser substituída pela hipótese de uma multiplicidade das formas de energia. Ferenczi (1924a/1993) sugere também que a fisiologia poderia explorar os processos orgânicos que permitem a fusão dos erotismos isolados em erotismo genital. Para a biologia, caberia descobrir de que maneira as tendências para a satisfação se combinam ou se influenciam mutuamente no ato sexual. O autor chama estas proposições de bioanalíticas.

As causas ontogenéticas e filogenéticas que incitam os seres vivos a buscar a satisfação suprema, precisamente no ato de acasalamento, é, em realidade, como sugere Ferenczi (1924a), a expressão do desejo de retorno ao seio materno, ao estado de repouso de que desfrutavam antes do nascimento. Para melhor explicitar seu ponto de vista ontogenético, Ferenczi articula algumas destas ideias com as expostas em seu trabalho de 1913, “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios”. De acordo ele, durante o seu desenvolvimento, o homem é dominado por esse desejo de retorno, uma tendência regressiva permanente que visa o restabelecimento da situação intrauterina. Para que o sentido de realidade possa atingir seu desenvolvimento, é preciso que o homem renuncie a esse desejo. No entanto, uma parte da personalidade permanece ligada àquele desejo de retorno ou regressão, como nos sonhos, no sono, nas fantasias e na vida sexual.

Além disso, o autor húngaro explica o caráter lúdico da repetição como lembrança de felizmente ter sido libertado do desprazer, conforme explicitado por Freud (1920), evocando um dos motivos do jogo infantil. “É isso o que incita a reproduzir periodicamente situações perigosas semelhantes, mas atenuadas, só pelo prazer de afastá-las de novo” (FERENCZI, 1924a/1993, p. 286). Ainda em relação ao texto freudiano de 1920, segundo Figueiredo (1999), podemos constatar que Freud faz menção ao ritmo oscilante entre as pulsões de morte e as

pulsões de vida e tal ideia é retomada por Ferenczi, mas por um viés não restrito à lógica identitária e ao mero dualismo pulsional.

O psicanalista húngaro lembra que o primeiro efeito de todo o choque exógeno será o de despertar toda a tendência à autotomia que dormita no organismo (pulsão de morte). Mas lembra também a possibilidade de reconstrução dos organismos a partir de seus próprios restos “utilizando até mesmo a força inversa produzida pela destruição parcial a fim de dar prosseguimento ao seu desenvolvimento” (FERENCZI, 1924a/1993, p. 322). Como vemos, para Ferenczi, não se trata de presumir a existência de uma pulsão ou um grupo de pulsões em especial, vocacionada para conduzir o ser vivo à morte, mas de assinalar em todas as pulsões o seu caráter regressivo que, apesar dos desvios visa desenvolver-se, restaurar-se. Estas considerações apresentadas por Ferenczi sobre a regressão foram também desenvolvidas e ampliadas por Balint, seu mais importante comentador e discípulo.

Em 1928, Ferenczi propõe novas mudanças sobre a técnica analítica em trabalho apresentado na Sociedade Húngara de Psicanálise, intitulado “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928a). O título já indica uma maior flexibilização, uma mudança significativa quanto à forma de intervenção do analista. A atividade deixa de ser considerada como o recurso necessário no tratamento de seus pacientes, pois Ferenczi reconhece que acabava por favorecer o aumento das resistências. Desta forma, sem perder de vista seu objetivo de buscar intervenções que pudessem ampliar as possibilidades terapêuticas do tratamento, precisou reformular seu ponto de vista; agora pautado no reconhecimento de que também as ações e reações do analista seriam elementos que estariam implicados no processo analítico de seu paciente e, portanto, não poderiam deixar de ser analisadas previa e continuamente.

Assim, a contratransferência passou a ser reconhecida como instrumento fundamental para a análise e pôde ser utilizada como instrumento que permite ao analista captar certa atmosfera, determinadas sensações ou qualquer indício que o paciente transmita sem passar, necessariamente, pelo campo da representação. Através dos sentimentos e sensações captadas, o analista pode entrar em contato com as angústias não nomeadas ou não representadas de seu paciente, pode entrar em contato com seus pensamentos retidos, e também com as tendências

inconscientes. Estas angústias precisam ganhar uma amarração simbólica, um sentido a ser construído na análise.

Neste trabalho de 1928, Ferenczi elabora ainda alguns outros conceitos fundamentais, dentre eles o tato, ou a faculdade de *sentir com*, que permite ao analista saber quando e de que forma deve comunicar algo ao paciente. Esta capacidade empática do analista, ou seja, sua disponibilidade de sentir dentro de si como o seu paciente está se sentindo, permite a ele se manter em sintonia com o ritmo da transferência e modular as intervenções de acordo com a capacidade do paciente de suportar a intensidade de certas angústias. Ferenczi percebeu que a sensibilidade do analista e o seu viés intuitivo lhe permitiriam entrar em contato de forma sintônica com as necessidades do paciente, o ajudando, desta forma, a vencer as resistências.

Ainda neste artigo, Ferenczi lembra que convém que concebamos a análise como um processo evolutivo. Não há, portanto, um plano pré-concebido ou determinado: trata-se de puro movimento. O analista lida o tempo todo com o paradoxo e, além destes tópicos que renovaram a teoria e a clínica psicanalíticas, há importantes comentários do autor húngaro sobre a atitude do analista, certas sutilezas de seu comportamento que são captadas pelo paciente. Além disso, ressalta que é importante que o analista fique atento às manifestações encobertas ou inconscientes que revelam uma incredulidade ou recusa por parte do paciente. Ferenczi alude ainda à necessidade de o analista controlar seu próprio narcisismo e ficar atento às próprias reações afetivas.

Deixam-se agir sobre si as associações livres do paciente e, ao mesmo tempo, deixa-se a sua própria imaginação brincar com esse material associativo; nesse meio tempo, comparam-se as novas conexões com os resultados anteriores da análise, sem negligenciar, por um instante sequer, o exame e a crítica de suas próprias tendências (FERENCZI, 1928/1992, p. 32).

O autor húngaro menciona ainda que a atitude do analista deve oscilar entre o *sentir com*, a auto-observação e a atividade de julgamento, três eixos que passam a permear o trabalho analítico, pautado, sobretudo, pelo único imperativo que orienta sua teoria, como menciona Freire (1995), o imperativo ético. Assim, o manejo da transferência-contratransferência torna-se a referência central da investigação clínica e teórica de Ferenczi, autor que se indaga, constantemente, sobre “o que fazer diante do desamparo, o que fazer com quem sofre e não pode

saber do que sofre; o que fazer quando dependemos da linguagem para ser o que somos, embora venha dela o que nos traumatiza” (FREIRE, 1995, p. 9).

Os indícios captados pela sensibilidade do analista, ao se dispor a *sentir com*, ajudarão a decidir por alguma intervenção ou uma interpretação. Mas Ferenczi (1928a/1992) lembra que há também estágios em que o próprio paciente realiza o trabalho interpretativo, sem muita interferência do analista.

Como ficou claro, Ferenczi está aludindo a uma questão que não havia, até então, sido suscitada na teoria psicanalítica, isto é, a metapsicologia dos processos psíquicos do analista durante a análise. Um tema que, sem dúvida, ainda hoje necessita ser mais discutido e estudado e que diz respeito aos efeitos da análise do analista, seu autoconhecimento, autocontrole e flexibilidade, postos à prova em sua prática clínica.

Outra importante contribuição de Ferenczi, também mencionada neste trabalho de 1928, é a ideia de desconstrução do superego como processo a ser atingido na análise em direção à cura. O autor lembra que por diversas vezes mencionara o fato do processo de cura consistir, em grande parte, na substituição da influência da figura paterna pela do analista no superego, e considera que uma verdadeira análise de caráter deve pôr de lado, pelo menos passageiramente, toda espécie de superego, inclusive o do analista. Ao final do tratamento analítico é necessário que a transferência seja dissolvida ou desembaraçada. Ferenczi, assim, chama a atenção para a necessidade da elaboração de uma higiene particular do analista a fim de que o desligamento de todo vínculo emocional, inclusive o desligamento do próprio analista, não seja impedido.

Dando continuidade às suas explorações no campo da técnica, Ferenczi, em 1930, publica o trabalho “Princípio de relaxamento e neocatarse”, apresentado um ano antes no Congresso Internacional de Psicanálise em Oxford, sob o título “Progresso da técnica psicanalítica”. Este trabalho discute pontos relevantes da teoria psicanalítica que precisavam ser revistos e repensados, pois, inevitavelmente, ao ser levado a reformular a técnica nele apresentada, Ferenczi precisou rever os pressupostos teóricos. “Considerando o estreito e quase indissolúvel vínculo entre o método técnico e o conjunto do saber psicanalítico, compreenderão que eu não possa limitar a minha comunicação ao domínio da técnica e que seja igualmente levado a rever uma parte do conteúdo desse saber” (FERENCZI, 1930/1992, p. 54).

Mas as mudanças com relação à técnica levariam a transformações teóricas mais drásticas do que talvez, por ora, pudesse se anunciar. Se fizermos uma breve retrospectiva pelo caminho trilhado por Ferenczi, constataremos, como lembra Pinheiro (1995), que as experimentações com relação à técnica ativa, à elasticidade da técnica e agora ao princípio de relaxamento e neocatarse forneceram a ele os subsídios necessários para a construção da sua teoria do trauma. Embora trabalhada mais profunda e especificamente no artigo de 1933 sobre a “Confusão de língua”, ela já vinha sendo anunciada num aporte crescente desde suas elaborações iniciais caracterizadas pela coerência e pela ética, como já havíamos mencionado, pois estas sempre tiveram como foco a busca por um tratamento adequado ao seu paciente. Na compreensão de Ferenczi, estes pacientes necessitariam regredir durante o processo analítico à fase anterior ao choque ou comoção psíquica que gerou uma cisão profunda. Esta necessidade precisava ser atendida e, antes de tudo, reconhecida, e não interpretada como resistência ao tratamento.

Ferenczi, ao oferecer condições ambientais adequadas, isto é, confiança, segurança e benevolência, propiciou aos pacientes traumatizados a possibilidade de regredir na situação analítica e entrar em contato com imagens, pensamentos e afetos que pela via da associação livre não poderiam emergir. O acolhimento da regressão pelo analista húngaro partiu do pressuposto de que crianças que haviam passado por situações traumáticas precisaram crescer antes do tempo e, por conseguinte, necessitariam, em algum momento, resgatar e vivenciar pela primeira vez o que lhes foi impedido. A necessidade de regressão do paciente, em sua concepção teórica, é entendida como tentativa de restaurar, unificar a personalidade clivada por efeito do trauma.

Um ponto relevante nas considerações do *enfant terrible* húngaro diz respeito à importância do ambiente em detrimento da teoria pulsional. Para este autor, a dimensão pulsional nunca deixou de ser considerada, mas a perspectiva de Ferenczi parece querer assinalar que os destinos da pulsão, principalmente se pensarmos nas fases precoces do desenvolvimento psíquico, dependem substancialmente do objeto, da forma de relação que ele constrói com o sujeito. Para que excessos não sejam cometidos, Ferenczi ressalta a importância de o analista controlar rigorosamente sua contratransferência e contraresistência. Sejam elas exigências provenientes de frustrações, tendo por pano de fundo “tendências

sádicas inconfessadas”, ou devidas ao “excesso de ternura”, que pode servir às tendências libidinais do próprio analista, muitas vezes inconscientemente. Desta forma, o autor, dando continuidade ao tema que vinha explorando sobre a influência dos processos psíquicos do analista no tratamento dos pacientes, enfatiza aspectos que desenvolverá principalmente no famoso artigo de 1933 sobre a confusão de línguas.

Além disso, Ferenczi também procura ressaltar neste trabalho que é fundamental o analista se manter em sintonia com a necessidade de seus pacientes; se manter em sintonia de linguagens, como menciona Pinheiro (1995), para poder “decifrar a criança que irrompe durante as sessões, para se ouvir este corpo que fala por intermédio de sensações físicas – um corpo que, em última instância, aprisiona tudo que foi expulso da inscrição psíquica do trauma” (PINHEIRO, 1995, p. 111).

A técnica de relaxamento tem por princípio a tolerância quase ilimitada por parte do analista. Esta atitude benevolente propicia o desenvolvimento de uma atmosfera de confiança, que é a base para que o processo analítico possa ser levado em maior profundidade. O tempo e o ritmo do paciente são respeitados. A não exigência por parte do analista permite que o paciente se sinta à vontade para ser ele mesmo no espaço analítico e entre em contato com as próprias resistências, o que não significa, necessariamente, acirrará-las. Este é o ponto crucial para Ferenczi: criar condições para que o paciente possa experimentar a possibilidade de enfrentar as resistências, ultrapassá-las. Para fazer essa travessia difícil, por vezes muito dolorosa, o paciente precisa do analista.

Mais do que a atitude benevolente do analista importa o contraste com as vivências anteriores que levaram à formação de mecanismos de defesa muito primitivos e rígidos, muitas vezes constituídos numa fase anterior à capacidade representacional. Para Ferenczi “uma análise não poderia ser considerada concluída, pelo menos teoricamente, se não se tiver conseguido alcançar o material mnêmico traumático” (FERENCZI, 1930/1992, p. 64). Neste artigo, o autor húngaro enfatiza a importância de o analista escutar seu paciente levando em conta não apenas a dimensão fantasística, mas também a dimensão da experiência real. “Após ter dado toda a atenção devida à atividade fantasística como fator patogênico, fui levado, nestes últimos tempos, a ocupar-me cada vez

com maior frequência do próprio traumatismo patogênico” (FERENCZI, 1930/1992, p. 64). Além disso, o autor também comenta que:

As fantasias históricas não mentem, elas nos contam como pais e adultos podem, de fato, ir muito longe em sua paixão erótica pelas crianças; e por outro lado, são propensos, se a criança se presta a esse jogo semi-inconsciente, a infligir à criança totalmente inocente punições e ameaças graves, que a abalam e a perturbam, causam nela o efeito de um choque violento e são para ela inteiramente incompreensíveis (FERENCZI, 1930/1992, p. 64).

Há neste trabalho toda uma crítica ao processo analítico mais ortodoxo, que teria se tornado essencialmente intelectual, baseado em associações sem fim. Para os pacientes traumatizados, aqueles que tiveram toda a sua vida afetiva refugiada na regressão, como menciona Ferenczi em seu *Diário clínico* (1932a), o excesso de associações pode favorecer às repressões e tornar os sintomas ainda mais rígidos, impedindo o acesso às emoções, aos afetos. Sobre uma de suas pacientes, Ferenczi comenta: “o trauma reduzira-a a um estado emocionalmente embrionário, mas ao mesmo tempo, ela tinha adquirido uma sabedoria intelectual como a de um filósofo compreensivo, inteiramente objetivo e sem emoção” (FERENCZI, 1932/1990, p.251).

Em seu *Diário clínico* (1932a) argumenta que o relaxamento propiciaria uma maior integração da personalidade, ao contrário das explicações analíticas que já pressupõem uma clivagem da pessoa entre um observador e um observado. Assim, afirma que “as experiências neocatárticas parecem obrigar-me, com muita frequência, a me desviar da manutenção rígida desse princípio analítico perto do final de uma análise: nos momentos de relaxamento muito profundo, o recurso ao intelecto parece ora impossível, ora perturbador, e, em todo caso, sem utilidade” (FERENCZI, 1932a /1990, p. 89). A proposta de relaxamento e neocatarse visava resgatar a emoção, fazer emergir o sentido a partir da expressão da emoção silenciada. Articular novos sentidos parece ser uma das principais preocupações de Ferenczi para o tratamento dos pacientes que sofreram cisões profundas em seu psiquismo.

O relaxamento do paciente depende da forma como o analista age e reage; depende do manejo da transferência e da contratransferência. Ferenczi chegou à conclusão de que uma postura mais flexível e de acolhimento por parte do analista propiciava mudanças positivas no tratamento de seus pacientes. A atitude mais fria e distante, que coincide com a transferência paterna, postulada por Freud,

poderia ser sentida por alguns pacientes como ameaçadora, semelhante ao aluno que teme seu mestre, ficando o analista no lugar da autoridade e o paciente no lugar daquele que se submete. Esse tipo de transferência impediria o acesso às questões mais profundas. Além disso, Ferenczi também observou através da experiência clínica que a capacidade do relaxamento ajudava a transformar a tendência à repetição em rememoração. “A semelhança entre a situação analítica e a situação infantil incita mais, portanto, à repetição; o contraste entre as duas favorece a rememoração” (FERENCZI, 1930/1992, p. 67, grifado no original).

Esse ponto de vista é mencionado novamente em seu artigo “Análises de crianças com adultos” (1931). Ressalta, neste trabalho, que o relaxamento mais profundo permitiu aos pacientes entrar em contato com as impressões, tendências e emoções que foram surgindo espontaneamente, permitindo que o infantil emergisse através de manifestações ingênuas, imagens, pensamentos e sintomas passageiros que surgiam e eram também analisados. Portanto, chega à conclusão de que a atitude do analista é determinante para que as diversas dimensões (afetivas, corporais, sensoriais) possam ter espaço na análise. A confiança conquistada decorreu da forma sintônica de presença do analista. A “análise pelo jogo”, recurso de perguntas e respostas adaptado a essa fase do tratamento como processo de interação lúdica, permitiu o acesso a acontecimentos traumáticos. Com isso, Ferenczi afirma que alguns pacientes começaram a mergulhar numa espécie de transe alucinatório, entrando em contato com vivências traumáticas.

Ainda neste artigo de 1931, o psicanalista húngaro procura ressaltar que indulgência sem fim em nada ajudaria no tratamento. Muitas vezes o paciente procura provocar reações que possam desagradar. A atitude sincera por parte do analista é o que ele precisa. O mais importante é que as motivações do paciente possam surgir no espaço analítico, pois, somente assim, poderão ser elaboradas. A atitude hipócrita ou insincera apenas limitaria as ações e reações do paciente, tal como no ambiente familiar onde precisou dissimular sua crítica aos outros e a si mesmo. Assim, a situação analítica deve oferecer condições para que o contraste com a vivência anterior possibilite mudanças psíquicas.

Por outro lado, há situações no decorrer do processo analítico que podem levar o paciente a se sentir decepcionado, ferido ou desprezado. Ferenczi explica que uma das reações possíveis à sensação de abandono é o paciente se pôr a brincar sozinho, a encenar com seu próprio corpo, mãos, pés, cabeça; uma parte

cuidando da outra. A sensibilidade clínica do autor o levou a interpretar esses simples gestos e encenações de pacientes traumatizados como comunicações relativas ao histórico de abandono e violência psicológica ou física, momento em que uma parte de sua personalidade teria desenvolvido uma capacidade protetora para cuidar da outra que permaneceu desprotegida. Esse fenômeno é chamado por Ferenczi de autoclivagem narcísica, que pode ser reconhecida nas situações de regressão ou progressão traumática, nas quais a única defesa possível representou uma quebra da estrutura psíquica do sujeito.

Além de Ferenczi considerar importante o relaxamento para o paciente poder acessar as impressões sensíveis e aprofundar o processo de sua análise, estende essa ideia para o analista. O objetivo é manter uma atitude sintônica com o estado psíquico e emocional de seu paciente e poder ajudá-lo a tornar dizível o que ainda não pôde ser acessado e metabolizado. Esse processo pressupõe a integração das diferentes dimensões em termos da qualidade da experiência vivida, outrora traumática e agora experienciada por uma via terapêutica. Ferenczi chega mesmo a mencionar o “diálogo entre inconscientes” (1932a/ 1990). Assim, o aprofundamento da análise depende desta sintonia pautada pela disponibilidade e sinceridade por parte do analista.

A experiência de mutualidade decorre da percepção de Ferenczi da necessidade da atitude sincera por parte do analista para que esse processo de aprofundamento se tornasse possível, assim como para evitar que o paciente o colocasse numa posição idealizada. Esta questão é central na crítica a sua análise feita com Freud. Por outro lado, reconhece o necessário limite e prudência quanto à disponibilidade, pois em caso de excesso, torna-se prejudicial ao tratamento. Essas noções foram importantes para o reconhecimento do papel do manejo na análise, composto por um ritmo de distensões e contrações em um viés de maior flexibilização. Tanto a atitude rígida, assim como a atitude benevolente em excesso podem levar a um processo de idealização, o que é prejudicial e, portanto, traumático. Por outro lado, as experiências de mutualidade permitiram reconhecer a importância do eixo da contratransferência ser trazido para o primeiro plano no trabalho analítico.

O artigo póstumo de 1934, “Reflexões sobre o trauma”, se compõe de três partes que reúnem o conteúdo de cinco notas de 1932 sobre o tema do traumatismo. A primeira parte trata da psicologia da comoção psíquica, a segunda

é intitulada “Da revisão de ‘A interpretação de sonhos’” e a terceira “O trauma na técnica de Relaxamento”. Esta última interessa, sobretudo, para a atual discussão. O autor descreve o trabalho terapêutico, que tem por base o tato, necessário para que se possam atingir camadas mais profundas em estado de transe, através de imagens isoladas do sonho para penetrar na dimensão mais profunda. Nesta terceira parte do artigo, o autor húngaro lembra que a técnica de relaxamento propicia maior liberdade e indulgência, mas é necessário que se mantenham em um nível tal, de forma a não atrapalhar o processo, o que poderia vir a favorecer às resistências e impedir o trabalho terapêutico.

Ferenczi lembra que a técnica de relaxamento propiciará ao paciente entrar em contato com a comoção psíquica e com a reação emocional intensa frente ao trauma - tais como, estados de dores violentas, de natureza psíquica e corporal, delírios e perdas de consciência - que levaram a formação dos sintomas. Esse processo exigirá grande delicadeza e flexibilidade, por parte do analista, para tentar acessar as causas das diferentes perturbações afetivas e sensoriais do paciente. O acesso às emoções intensas, que emergem junto às imagens oníricas, permite que este processo não se restrinja ao discurso intelectual da associação livre e da interpretação, e possibilita uma compreensão mais ampla e vivencial das diversas dimensões presentes no núcleo traumático (afetiva, sensorial, corporal). “A nossa análise quer (e, aparentemente, pode) remontar aos estágios anteriores do processo de recalçamento” (FERENCZI, 1934/1992, p. 116). Esse processo árduo de imersão no passado traumático depende muito da confiança que o analista pôde construir junto ao paciente, pois trata-se fundamentalmente uma entrega. Ferenczi lembra que a pessoa do analista é a única ponte entre o mundo real e o paciente em transe, já que “em vez de uma simples repetição gesticulatória e emotiva, leva o paciente, mergulhado no afeto, a um trabalho intelectual na medida em que o estimula infatigavelmente com perguntas” (FERENCZI, 1934/1992, p. 117). O autor completa: “a análise deveria ser capaz de propiciar ao paciente o meio favorável à construção do Ego que lhe faltou outrora, e de pôr fim ao estado de mimetismo que, tal como um reflexo condicionado, incita apenas a repetições” (FERENCZI, 1932a/1990, p.259). O psicanalista lembra ainda, que a rememoração só é possível se o ego estiver suficientemente consolidado, de forma que as influências externas não gerem fendas. Pelo contrário, os sistemas das cicatrizes mnésicas constituem um tecido

novo com funções próprias que será colocado a serviço da autoconservação, como menciona Ferenczi (1934).

Em seu *Diário clínico* (1932a) e no quarto livro de suas *Obras completas*, no apêndice intitulado “Notas e fragmentos”, Ferenczi apresenta reflexões significativas indicando que, apesar de sua doença, mantinha-se atuante e dedicado a rever certas questões relativas à técnica e a teoria. Assim, não se permite ceder em nome de nada nem de ninguém. Freud é severamente criticado, tal como mostram a carta de 4 de agosto de 1932 e outras desse período.

Contra a vontade de Freud, comecei a tratar publicamente de questões referentes à técnica. Recusava-me a abusar assim da confiança dos pacientes, tampouco compartilhava de sua ideia de que a terapia fosse sem valor; eu achava pelo contrário, que a terapia era boa. Mas que nós ainda estávamos, talvez, insuficientemente equipados, e comecei a procurar nossos erros (FERENCZI, 1932a /1990, p. 233).

Ferenczi procurava não repetir com seus pacientes o que criticava em sua análise pessoal; sabia que os sentimentos positivos ou negativos do analista (fadiga, irritação, desprazer, fantasias libidinais e lúdicas) eram percebidos pelo paciente através de pequenos gestos e sinais corporais do analista. Considerava a atitude artificial e a hipocrisia, por parte do analista, um impedimento no acesso aos afetos e às representações recalcadas do paciente.

O analista húngaro expõe em seu *Diário clínico* (1932a /1990) também suas considerações e dúvidas a respeito de seus experimentos. Com relação à análise mútua, se pergunta até onde é possível a elasticidade flexibilizar a situação e o contexto terapêutico, sem chegar a um extremo, a ponto de deixar de ser terapêutica e se tornar um retrocesso.

4.3

Balint – a regressão na situação analítica e o novo começo

As questões envolvidas nos traumas precoces e a necessidade de regressão na situação analítica são centrais para Balint, discípulo e amigo de Ferenczi, que teve um papel fundamental na história da psicanálise por ter dado continuidade e ampliado de forma original a investigação iniciada por Ferenczi sobre estes dois tópicos que geraram tanta controvérsia no meio psicanalítico. Estes autores consideravam que não cabia aos pacientes adaptarem-se aos rigores da análise e

que era preciso criar novos métodos terapêuticos que permitissem responder às necessidades deles.

A partir desse pressuposto, Ferenczi desenvolveu diferentes técnicas, como vimos anteriormente. Nesse percurso, entendeu cada vez mais a importância da transferência, que foi o mote inspirador para sua investigação e produção teórica inicial em psicanálise. Mas vale ressaltar que Ferenczi foi cada vez mais reconhecendo a transferência como um processo que envolve as duas subjetividades do par analítico. Assim, preocupado com o papel do analista, chega a propor em 1928, como vimos, uma metapsicologia dos processos psíquicos do analista no decorrer da análise, aspecto bastante trabalhado por Balint, como veremos, e um dos temas considerados fundamentais para a abordagem teórico-clínica atual em psicanálise, como ressaltam Fédida (1988) e Bonaminio (2011). Desta forma, estes dois autores húngaros trouxeram renovação e vigor para a psicanálise como clínica e teoria.

Com a morte prematura de Ferenczi, Balint deu continuidade à análise de alguns dos seus pacientes, segundo Gelly (1994). Esta experiência lhe permitiu entrar em contato com os efeitos das inovações técnicas propostas pelo mestre e reconhecer a necessidade de maior prudência, sem desistir, no entanto, de buscar o tratamento mais adequado e eficaz para o sofrimento emocional de cada subjetividade. Através de sua experiência como analista, Balint pôde avaliar mais profundamente certas consequências clínicas que o levaram a desenvolver importantes elaborações sobre a regressão na situação analítica, tema que ainda despertava grande ansiedade e resistência entre os analistas (STEWART, 1996). Balint persistiu em investigá-lo, apesar destas dificuldades, assim como daquelas intrínsecas a esse processo.

Estas elaborações são apresentadas de forma mais profunda em seu último livro, *A falha básica* (1968/1993), onde discute criticamente certas postulações da teoria psicanalítica e elabora novos conceitos. A falha básica é um conceito explicativo que diz respeito à relação inicial entre a mãe e seu bebê ou mesmo à relação anterior ao nascimento entre o feto e seu entorno, caracterizada por uma falha estrutural, uma carência que gera efeitos por toda a “estrutura psicobiológica do indivíduo, envolvendo em diferentes graus tanto a mente quanto o corpo” (BALINT, 1993, p. 19). Balint distingue esta condição daquelas formuladas por Freud a respeito das necessidades pulsionais geradoras de conflitos. Segundo ele,

este conceito explicativo nos permite compreender as neuroses, as psicoses, os transtornos de caráter, assim como as doenças psicossomáticas e mesmo diversas doenças clínicas como sintomas de uma mesma etiologia, que envolve uma discrepância nas fases formativas precoces do indivíduo.

Ainda neste livro, Balint procura estabelecer uma relação entre estas questões relativas à problemática da falha básica e os meios terapêuticos adequados para o tratamento que vise cicatrizar ou possibilitar um novo começo. “O conceito terapêutico de novo começo refere-se, em última análise, a todos aqueles processos que podem ser observados na eliminação ou desativação das condições patogênicas, isto é, na resolução da falha básica” (THÖMA & KÄCHELE, 1992, p. 287).

Uma das principais discussões apresentadas naquele trabalho diz respeito aos processos terapêuticos. De fato, há diversas dúvidas a respeito de sua eficácia e da forma como poderiam influenciar a mente. Mas Balint (1993) assinala a importância da transferência, da relação objetal estabelecida na situação analítica como o motor para qualquer mudança. Considera que este tema merece maior discussão em psicanálise, principalmente para a reflexão sobre o tratamento de pacientes que apresentam dificuldades de elaboração simbólica. O autor húngaro procura investigar, dentre outros aspectos, os meios que possibilitariam a aquisição desta capacidade.

Balint (1993) formula três áreas da mente, ou níveis psíquicos, com o objetivo de adaptar o tratamento ao paciente de acordo com as suas necessidades. Os pacientes do nível edípico poderão se beneficiar com o tratamento proposto por Freud para resolver os conflitos gerados pela ambivalência na complexa relação entre o sujeito e seus dois objetos, ou seja, através das associações verbais por parte do paciente e as interpretações feitas pelo analista. Apesar de trabalhar no nível edípico ou verbal, o analista não ignora a expressão do material pré-genital.

No nível da falha básica, o recurso técnico da interpretação se mostra inadequado. As interpretações feitas pelo analista geram pressões insuportáveis para o paciente ou, pelo contrário, são aceitas totalmente sem nenhum questionamento, pois aparentemente o seu self mais íntimo é muito pouco influenciado. Balint considera que a problemática destes indivíduos seria muito anterior ao conflito edípico, e pertenceria a uma relação exclusivamente bipessoal

e primitiva. Além disso, outra importante qualidade dessa relação é a imensa diferença de intensidade entre os fenômenos de satisfação e frustração. As vivências de adaptação do objeto ao sujeito geram uma sensação de bem-estar; no entanto, só podem ser observadas com muita dificuldade, enquanto que a falta de adaptação do objeto provoca reações extremas e muito tumultuosas (BALINT, 1993).

A área da criação é descrita pela necessidade do sujeito de produzir algo por ele mesmo. Se, as outras áreas se caracterizam pela presença do objeto, esta se define por sua ausência ou por uma interação muito primitiva não organizada. A interação verbal ou edípica não pode ocorrer ainda. Da mesma forma, o autor considera que em certas fases do processo analítico e, mesmo por períodos prolongados, a interpretação interromperia a regressão, impedindo esse processo de criação, necessário e terapêutico para o paciente traumatizado.

É certo afirmar que a relação analítica mobiliza (mais do que qualquer outro tipo de relação) instâncias arcaicas que a enriquecem e também a perturbam. Cabe ao analista estar preparado, através de sua análise e formação, para lidar com estas dificuldades, que podem permanecer latentes, caso ele e sua técnica não ofereçam condições para que a compulsão à repetição seja realmente suplantada e a capacidade de elaboração seja conquistada. Balint acredita que a regressão na situação analítica pode proporcionar tais condições.

Este autor levou em consideração aspectos relativos à forma como indícios importantes da história do paciente e da relação estabelecida com o analista. Dentre elas destacou: a postura do paciente no início e no término da sessão, a relação que ele estabelece com o ambiente (desde as almofadas até o próprio analista), de que forma o analista reage a seu paciente, assim como a atmosfera que o analista pode em um determinado *setting*, e que é diferente daquela criada com outros pacientes, pois são múltiplas e complexas as formas de transferência que ocorrem na situação analítica com cada paciente em particular. É responsabilidade do analista identificar e reconhecer o que é seu e o que é do paciente, o que o afeta e por que o afeta, o que diz respeito a sua própria história e como ela pode interferir no processo terapêutico com seu paciente.

Balint considera que para suplantar as dificuldades inerentes a qualquer processo analítico, principalmente com pacientes traumatizados, é necessário que uma atmosfera de confiança seja construída. Esta atmosfera ou estado, chamado

por ele de *arglos*, é a pré-condição necessária para o novo começo. O autor lembra que tal processo não depende somente do analista ou do paciente, mas da dinâmica estabelecida entre o par analítico. É certo enfatizar o importante papel do analista nesse processo, mas Balint também assinala que alguns pacientes, embora capazes de regredir, não conseguem atingir este estado de confiança.

Encontramos ao longo de seu desenvolvimento teórico a preocupação em investigar o quanto a técnica e mesmo a teoria não dificultariam esse processo de estabelecimento de um ambiente de confiança. É claro que há dificuldades que não podem ser transpostas facilmente, e talvez seja mesmo impossível para determinados pacientes experimentar este sentimento, apesar de todos os esforços.

Nos anos 50 e 60, segundo Haynal (1995), Balint realizou muitas pesquisas produtivas, esclarecendo diversos aspectos da regressão. Chega à conclusão de que o objetivo original e permanente de todas as relações de objeto é o desejo primitivo de ser amado incondicionalmente. A capacidade para a relação de objeto sem suspeitas e confiante, entregue e desprendida, seria resultante de um processo terapêutico adaptado, que permitisse ao paciente suplantar a atitude paranoide e viver o luto necessário, ligado ao abandono de uma visão narcisista sobre si mesmo, ao abandono da esperança de atingir um ideal perfeito de si mesmo. “Tal desenvolvimento por meio da regressão é o precursor necessário para todo o novo começo” (HAYNAL, 1995, p. 67).

As preocupações de Balint com relação a técnica também o levam a questionar certos pressupostos teóricos. Seu pensamento se constrói a partir de sua longa prática clínica e da leitura aprofundada da teoria psicanalítica, o que lhe permitiu identificar incongruências em algumas postulações freudianas, formuladas com base em uma perspectiva na qual a dimensão relacional não havia sido devidamente considerada.

Apesar de, historicamente, ter sido Melanie Klein quem primeiro chamou atenção para as relações de objeto precoces, Gelly (1994) lembra que as relações às quais a autora faz referência são puramente imaginárias, conservam um vínculo muito vago com o objeto real. Além disso, as características do objeto provêm mais das instâncias pulsionais que nele se atualizam do que das suas particularidades reais. A ênfase de Klein é no mundo interno do bebê, isto é, nos seus objetos internos, como assinala Gelly (1994).

O discípulo de Ferenczi não nega a importância da dimensão pulsional, no entanto, no seu entendimento, a forma de relação com o entorno precede a experiência pulsional e este aspecto não estava recebendo o devido valor na teoria, o que, para Balint, tinha consequências importantes para a clínica. Esta era uma preocupação de Ferenczi e, para ilustrar a importância do pensamento ferencziano nas formulações teóricas de Balint, citamos seu mestre húngaro:

A criança recém-nascida utiliza toda a sua libido para o seu próprio crescimento, e é necessário até dar-lhe libido para que possa crescer normalmente. A vida normal começa, portanto, por um amor de objeto passivo, exclusivo. Os bebês não amam, é preciso que sejam amados (FERENCZI, 1932a/1990, p.236).

Como vemos, tanto para Ferenczi como para Balint e outros teóricos das Relações Objetais Precoces, a relação com o objeto não se limita à necessidade de satisfação em termos pulsionais. Estes autores sentem a necessidade de destacar a dimensão relacional como característica fundamental para se descrever os processos envolvidos na constituição do psiquismo e assinalam a total dependência do bebê para com o entorno em termos afetivos e emocionais. Para Balint, “a resposta do objeto” (Green apud Plastino, 2014, p. 115) também precisava ser valorizada em termos teóricos de forma a se destacar a importância do entorno para o desenvolvimento emocional. Nesses termos, o papel do analista também precisava ser repensado, principalmente ao lidar com pacientes que sofreram traumas precoces ou que por sua intensidade produziram distorções graves no psiquismo.

Vimos, no primeiro capítulo, que Ferenczi não só ressaltou em sua teoria o papel estruturante do objeto, como também assinalou seu papel traumatogênico, ou seja, como agente causador da clivagem do ego representada pela confusão entre a linguagem da ternura e a linguagem da paixão. Em outros termos, a enorme demanda de amor da criança e sua total dependência podem não ser compreendidas ou atendidas pelo entorno. É por esta perspectiva que Ferenczi elabora sua interpretação sobre o desenvolvimento inicial e sua problemática: como uma consequência do não atendimento da demanda de amor, descrito como passivo. Balint também procura ressaltar, em suas pesquisas, a total dependência e demanda de amor por parte do bebê, assinalando, porém, seu caráter ativo. Em sua concepção a respeito dos primórdios, considera que há tendências marcadamente ativas e que elas são predominantes, tal como o instinto de apreensão.

Não se trata, portanto, de descrever o início da vida como uma experiência solipsista ou isolada do entorno, mas como uma experiência a princípio informe, em total mistura com o ambiente, que vai tomando forma e se definindo aos poucos. Pela perspectiva do bebê, há inicialmente uma intromistura, uma indiferenciação com o entorno. Posteriormente o objeto é reconhecido como tal. Nesse estágio inicial, não podemos falar propriamente em relação de objeto. O bebê é cercado por um mundo indiferenciado dele, o mundo da intromistura harmoniosa, tal como o descreve Balint. Ele pode perceber sensações de consistência, de calor e de movimentos, mas os limites interno/externo ainda não são bem definidos, pois sua capacidade perceptiva ainda não se desenvolveu plenamente neste período inicial de vida. Todavia, a presença contínua e não invasiva dos objetos sem contornos definidos é necessária para que essas sensações de bem-estar se mantenham e assegurem sua existência; tal como o ar, que só poderia ser percebido e reconhecido como fundamental caso faltasse.

Este é o viés presente do desenvolvimento teórico de Balint, no qual a questão dos afetos na experiência de constituição subjetiva possui uma dimensão terna, o que representa o reconhecimento de uma mudança da linguagem econômica para uma linguagem interpessoal, ainda, não considerada significativa em termos teóricos pela psicanálise em seu tempo, conforme Souza (2001).

Em “Critical notes on the theory of the pregenital organizations of the libido” (1935/1965), Balint menciona as considerações de Freud apresentadas em 1914, na terceira edição dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. Neste artigo, embora o autor afirme que a relação objetal e o desenvolvimento sexual são concomitantes, Freud enfatiza que a forma de relação objetal da criança tem por base a satisfação pulsional. Balint discorda dessa posição teórica e, em sua concepção, procura ressaltar a forma do vínculo afetivo, esse, sim, produtor do prazer e da satisfação, aspecto negligenciado na teoria psicanalítica clássica. Para o discípulo de Ferenczi, é fundamental se considerar a história e a forma de relação com o objeto primordial para a constituição psíquica. O contato e as trocas com o meio, inclusive antes do nascimento, são fundamentais e carregados de sentido, como lembra Gelly (1994), mesmo que ainda não representados e simbolizados.

A partir desse pressuposto, Balint desenvolverá a crítica ao conceito freudiano de narcisismo primário, que, – apesar das revisões posteriores feitas por

Freud, como assinala Peixoto Júnior (2008), sempre se mostrou contraditório. Em contraposição a este conceito e por considerar que o que realmente determina a experiência subjetiva primária não são os aspectos relacionados à questão prazer-desprazer, mas algo muito mais complexo e abrangente, anterior à dimensão pulsional, ou seja, algo que diz respeito à experiência de abertura ao outro, Balint cria o conceito de amor primário.

Essa concepção, a respeito da necessidade de ser amado e de poder amar, é o ponto de referência para sua compreensão a propósito do trauma. Por esse viés, está implícita a temática da confusão de línguas, na qual o ódio e a destrutividade já não podem ser considerados como inatos, como interpretava Klein, mas decorrentes da separação e da frustração, do fracasso do vínculo com os objetos primordiais. Neste sentido, conforme assinala Peixoto Júnior (2008), a teoria balintiana não cessa de reafirmar a enorme importância da alteridade para a experiência subjetiva. Importa, portanto, analisar com maior profundidade a qualidade do vínculo proporcionado pelo ambiente inicial para, assim, melhor compreender os processos envolvidos na constituição psíquica.

Há, nas considerações de Balint expressas em seu trabalho de 1932, “Character analysis and new beginnings”, a tentativa de assinalar a necessidade dos analistas ampliarem sua percepção a respeito do paciente. Desta forma, uma análise não poderia se restringir à questão dos sintomas ou à tentativa de tornar consciente o inconsciente. Também não poderia se ater a remover a amnésia infantil ou superar as resistências. Vemos, nestas considerações de Balint, a crítica ao engessamento das propostas de Freud feitas por analistas muitas vezes presos à leitura de seu texto, mas com pouca sensibilidade para levar em consideração outros fatores também presentes e que precisariam ser considerados.

Ele procura apresentar uma série de sutilezas relativas à dinâmica interpessoal que ajudam o analista a entrar em contato com o paciente e a reconhecer indícios de sua história e aspectos desconhecidos de sua personalidade. O que também parece relevante para Balint é oportunizar condições na situação analítica para que o paciente possa entrar em contato com aspectos desconhecidos de si mesmo. Podemos encontrar esse viés teórico-clínico em sua obra como um todo, mas citamos, mais especificamente, seus trabalhos que abordam os problemas relativos à técnica.

O cerne de sua preocupação era o fato da técnica analítica acabar por favorecer um viés intelectualizado e infundável em detrimento do aprofundamento do trabalho analítico. Estas questões estão presentes em “Character analysis and new beginning” (1932a), “On Transference of Emotions” (1933) e “On Transference and counter-transference” (1932b), este último desenvolvido junto com Alice Balint. Esta preocupação, herdada de seu mestre húngaro, possibilitou a ampliação da teoria e da clínica psicanalítica, principalmente na forma de abordar a questão da regressão e reconhecer as dificuldades inerentes a esse processo.

No trabalho de 1935, “Critical notes on the theory of the pregenital organization of the libido”, Balint já aponta para a necessidade de o paciente se recompor do trauma, de restabelecer sua capacidade de estar no mundo, de se relacionar ou amar, através do processo de regressão na situação analítica. Este tema é amplamente abordado em *Thrills and regressions* (1959/1987) e, posteriormente, retomado de forma ainda mais aprofundada em *A falha básica* (1968/1993), onde são descritas as formas específicas da regressão em análise.

Em *Thrills and regressions*, o autor assinala que tanto na infância inicial como na situação analítica podemos observar a dependência como característica essencial. Os pacientes que sofreram traumas em seu início de vida, ou seja, os pacientes da falha básica, precisariam retomar ou regressar a uma forma de relação nos moldes do que Balint chamou de amor primário. Tal necessidade é expressa pelo comportamento do paciente durante a análise através das reações contratransferenciais que são captadas pelo analista, indicando a demanda de atendimento desta necessidade ou de poder expressar sua dependência. O paciente começa, então, a demonstrar suas angústias e ansiedades ao longo da situação analítica por sentir que o analista sustenta, e não abandona, essa situação; o que é diferente de gratificá-lo sem oferecer limite. Balint entende que, muitas vezes, o contato corporal pode ser terapêutico, além de assumir um valor simbólico para o paciente.

Em alguns tratamentos ocorrem um ou alguns períodos de regressão ou de novo começo e depois o paciente emerge espontaneamente de seu mundo primitivo. Balint (1993) chama este tipo de regressão de benigna. Mas há pacientes que têm demandas infundáveis. O autor lembra que estes estados se assemelham à toxicomania (Balint, M. 1934, 1937, 1952), e chama este tipo de

regressão de maligna. Segundo ele a natureza da regressão é determinada por uma série de fatores, desde o caráter do paciente, sua estrutura egóica e sua doença, mas também pelo tipo de interação entre sujeito e objeto, no caso da análise, entre paciente e analista.

Ele critica a ênfase dada por Klein à interpretação analítica, pois, segundo sua experiência, o paciente precisa viver o período mais regredido sem muitas intervenções ou cobranças, o que lhe permitiria sair dele a seu tempo. Os momentos de regressão precisam ser acolhidos numa situação ambiental que ofereça tranquilidade e paz, uma vez que, sem pressões ambientais, a consequência natural e espontânea é a restauração ou reparação. Balint ressalta que o ambiente tem um papel muito importante no desenvolvimento primitivo e precisa oferecer condições para que o movimento criativo possa ocorrer. Este, é fundamental para a organização psíquica e leva à postulação, como vimos anteriormente, a partir desta premissa, da terceira área da mente.

Conforme mencionamos brevemente acima, em *A falha básica* (1968/1993), Balint reúne uma série de questões relacionadas ao tema da regressão, além de discorrer sobre suas novas propostas teóricas. O autor parte, em suas considerações, do reconhecimento da extrema dependência do feto em relação ao seu ambiente. Qualquer alteração do entorno pode pôr em risco sua existência, caracterizada como uma mistura interpenetrante harmoniosa de feto-placenta-líquido amniótico. Há aqui a nítida aproximação entre sua teoria do amor primário e as proposições bioanalíticas de Ferenczi, desenvolvidas em “Thalassa” (1924). Para Ferenczi, biologia e psicologia devem ser consideradas como dois aspectos de uma mesma realidade fundamental, como lembra Gelly (1994). Esta situação biológica de dependência é um modelo, segundo Haynal (1995), para a distribuição da libido no curso da vida fetal, e deduz que o investimento no ambiente deve ser intenso, porém, latente, e que só se torna aparente quando algo primordial lhe falha.

O nascimento pode ser visto como uma situação traumática, pois altera esse equilíbrio, forçando a uma nova forma de adaptação entre o indivíduo e o entorno, que deve, no entanto, procurar reestabelecer o equilíbrio da maneira mais próxima possível da harmonia anterior. Os objetos e o ego começam a emergir dessa substância inicial. A libido não será mais um fluxo homogêneo que vai do id para o entorno e, sob a influência dos objetos emergentes, surgem

concentrações e rarefações em seu fluxo. Essa é uma fase delicada, pois, nas palavras de Balint, “sempre que a relação desenvolvida com uma parte do entorno ou com um objeto estiver em doloroso contraste com a anteriormente não perturbada harmonia, a libido retorna ao ego” (BALINT, 1993, p. 61). Daí a importância do ambiente, do cuidado por parte dos objetos, para que o “retorno” a essa harmonia inicial possa ser oferecido, ainda que não plenamente, mas, pelo menos, em sintonia com as necessidades de gratificação do bebê. Esse retorno ao ego seria, portanto, secundário; uma reação frente ao desencontro entre o que é oferecido pelo ambiente, o objeto primário e a necessidade real.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o objeto primário, na maioria das vezes, é a mãe, que estaria em condições de atender a essa necessidade de fusão harmoniosa do *self* com o entorno. Esse objeto primário se dispõe a atender sem nada exigir em troca, até mesmo porque há uma interdependência da mãe para com o bebê, uma experiência de mutualidade, de sintonia afetiva, algo que nos remete ao conceito de identificação primária de Winnicott. Tal identificação é possibilitada pelo estado de preocupação materna primária, uma disponibilidade emocional que permite à mãe pressentir certos acontecimentos (sentir antes mesmo), dado o seu estado de sensibilidade exacerbada, e poder agir no sentido de manter o estado de tranquilidade e harmonia.

Nesses termos, podemos também considerar que essa vivência possibilitada pelo objeto primário (o objeto subjetivo) coincide com a experiência de *ser* descrita por Winnicott, como experiência que dá sentido à nossa existência. O *fazer* (a dimensão pulsional da relação objetal) seria posterior à experiência de *ser*, o elemento feminino puro. Para Balint e Winnicott, ao lado da experiência pulsional, e a antecedendo, inclusive, é concebida uma dimensão experiencial, como vimos, na qual o prazer é decorrente do vínculo afetivo, da experiência de continuidade e não da descarga pulsional. Os afetos relacionados a essa dimensão da experiência são a ternura e a tranquilidade do bem-estar (SOUZA, 2001, p. 294).

Em contraposição à teoria do narcisismo primário, que supõe que não haveria nem comunicações nem trocas entre o mundo exterior e o interior, Balint entende que logo após o nascimento, e mesmo antes, há contato e trocas com o meio, experiência esta carregada de sentido. Apesar de não poder ser formulada em termos de representação ou simbolização, essa experiência é determinante para

a constituição psíquica, como lembra Gelly (1994). E esse é o ponto nodal da investigação dos teóricos das Relações Objetais Precoces.

Balint supõe que o desenvolvimento do ódio seria sempre reativo, secundário; fruto de experiências de frustração e separação precoces, que romperiam qualquer possibilidade de se constituir formas de ligação e envolvimento com o entorno, tendo como consequências sérias distorções do ego em desenvolvimento. Além disso, como assinala Peixoto Junior (2013), Balint, em sua teoria, desenvolve uma explicação histórico-relacional que substitui o esquema de uma evolução biológica natural, implícito no modelo clássico de desenvolvimento libidinal, e fruto de certo tipo de leitura da obra freudiana.

A leitura dos processos primários desenvolvida por Balint e por Winnicott, autor que comentaremos mais detalhadamente logo na sequência, remete ao dispositivo clínico com maior efetividade, pois diz respeito à história de cada um, à sua singularidade, à própria transferência, à contratransferência, à Psicanálise por excelência, isto é, a fatores relativos à metapsicologia da situação analítica e contingenciais, que apontam para a possibilidade de mudanças e afirmação da vida. Nesse processo estão presentes não somente a dimensão intrapsíquica, mas, fundamentalmente, a dimensão relacional, o que, sem dúvida, indica uma perspectiva diferenciada em termos de investigação tanto na teoria como na técnica da Psicanálise.

Stewart (2001) assinala que a leitura desenvolvida por estes autores se distingue da proposta dos grupos kleiniano e freudiano ao enfatizar o compartilhar mútuo na experiência analítica como um importante agente terapêutico. O acolhimento da experiência regressiva e da comunicação não-verbal, assim como o oferecimento do tempo necessário, sem exigências e demandas por parte do ambiente, ou seja, sem interpretações que interrompam ou impeçam o processo que precisa ser vivido pelo paciente, tornam-se o cerne na concepção dos teóricos da Relações Objetais Precoces. Mas vale lembrar que a crítica destes autores recai sobre o uso excessivo da interpretação transferencial e não sobre o vital trabalho interpretativo fornecido no momento e nas condições adequadas.

Além do amor primário, Balint (1959) chegou à conclusão, por meio da observação em sua prática analítica, de mais duas formas de relações primitivas: a ocnofilia e o filobatismo, que seriam respostas ou reações do indivíduo à mudança da relação inicial harmoniosa entre o sujeito e o entorno. Ambos os termos

contêm a raiz *philos*, que significa amor. Balint parece querer demarcar a dimensão terna, já anteriormente enfatizada por Ferenczi, caracterizada por não ser prioritariamente erotizada. Essa nova nomenclatura decorre da necessidade de Balint descrever as emoções e reações extremas decorrentes da emergência dos objetos, a que, posteriormente, ele chamaria de falha básica.

A palavra ocnofilia se origina de *okneo*, termo grego que significa agarrar-se, segurar-se com força. O termo filobatismo decorre da imagem do trapezista, do acrobata, e faz referência a quem gosta de viver mais solto, sem precisar de terra firme (Balint, 1959). Ambas as denominações se referem a posições subjetivas extremadas, e, em maior ou menor grau, todos nós possuímos essas características.

Como vimos, o nascimento, segundo Balint (1968), é uma mudança radical que rompe com o equilíbrio da interpenetração das substâncias, formando limites nítidos entre o indivíduo e o entorno composto de objetos firmes e resistentes e de espaços entre eles. O nascimento rompe com a situação harmoniosa e impõe uma nova forma de adaptação. Nesse sentido, Balint (1968) considera traumática a mudança de um estado inicial de relação primitiva para outro, no qual o objeto primário, chamado de pré-objeto, terá um papel determinante para atender às necessidades, de forma a não contrastar com a não perturbada harmonia anterior à separação. É claro que o objeto em si já representa um contraste que pode, no entanto, ser apaziguado e, de forma tal, que o indivíduo continue a investir libidinalmente. Mas, sempre que houver um contraste entre a necessidade e o que é oferecido, a libido retornará ao ego, que inicia ou acelera seu desenvolvimento.

Desde sempre, como vimos, a dimensão relacional está presente na concepção do psiquismo na teoria balintiana: antes do nascimento – através da intromistura com o entorno – e após o nascimento, quando o objeto tem um papel crucial para manter o equilíbrio o mais próximo possível da harmonia anterior, na tentativa de recuperar a sensação de unidade dual. A reação à descoberta traumática de que existem objetos separados, sólidos e independentes, com atributos de resistência, de agressividade e de ambivalência, cria uma complexa mistura de ocnofilia e filobatismo. As reações ocnofílicas ou filobáticas surgem nos primeiros estágios do teste de realidade em que é preciso distinguir os mundos interno e externo.

A reação ocnofílica, frente ao surgimento dos objetos, é o superinvestimento neles, isto é, a adesividade ou necessidade de agarrar-se a eles, de introjetá-los, pois, sem os objetos, o indivíduo se sente inseguro e perdido, teme os espaços que os separam. O objeto é sentido como um importante suporte vital.

Já os indivíduos predominantemente filobáticos têm a necessidade de afastamento, pois sentem seus objetos como inseguros e perigosos, dessa forma, os espaços que os separam são sentidos como amistosos, possibilitam expansões necessárias. Segundo Peixoto Júnior (2013), em cada um desses casos, o prazer e a angústia são vividos e experimentados de formas diferentes. Enquanto na ocnofilia a ameaça da separação cria uma angústia muito forte, e como defesa surge a adesividade, no filobatismo, as expansões são consideradas amistosas e o filobata superinveste suas próprias funções de ego.

É interessante observar que tais reações também estarão presentes no tipo de transferência que o paciente poderá estabelecer no processo analítico, de maior necessidade de apego ou maior necessidade de afastamento, influenciando diretamente no manejo que o analista deverá utilizar. Em alguns momentos, inclusive, o manejo pode ser mais importante do que a interpretação. Nos estados ocnofílicos, ele deve permitir uma atmosfera mais relacionada à sensação ou ao tato, divergindo da interpretação e do insight que dizem respeito aos estados filobáticos.

Além disso, Balint faz referência à necessidade de que, em uma análise na qual houve regressão além de certo ponto, se possa atravessar esses três tipos de relações objetais. Isso significa poder vivenciar estados emocionais primitivos, que possam ser elaborados, reduzindo a opressão que eles exercem sobre o sujeito em sua vida adulta. Um exemplo disso está no caso clínico que Balint relata em “On Love and Hate” (1951). A paciente adulta reagia às frustrações em sua vida com um ódio desmedido, que não parecia dizer respeito à situação atual, mas à fixação de seu ódio. “O ódio é a perpetuação de uma dependência incondicional do amor primário, com a diferença de que seu sinal passou a ser negativo” (BALINT, 1993, p. 64). A ideia, então, é poder reduzir a desigualdade opressiva entre o sujeito e seu objeto, entre sua necessidade e aquilo que o entorno pode vir a oferecer, amenizando, dessa forma, sua dependência e, com ela, a intensidade de seus impulsos agressivos e destrutivos.

Segundo Balint (1959), o analista também pode confrontar-se em sua clínica com misturas variadas dos dois tipos de relação objetal, isto é, o paciente pode utilizar uma atitude para sobrecompensar a outra. Além disso, é importante ressaltar que tais reações não dizem respeito apenas à esfera da relação do sujeito com o entorno, mas também a sua relação com o mundo interno, no sentido de maior ou menor apego a ideias e ideais, como lembra Peixoto Júnior (2013). Este autor chama a atenção para o fato de que tanto na ocnofilia como no filobatismo há uma ambivalência fundamental, ambos os tipos são de amor e ódio ao mesmo tempo.

A análise mais aprofundada da unidade dual para a relação objetal propriamente dita, na teoria de Balint, vai além do que havia sido desenvolvido em Psicanálise, até então, sobre a infância inicial. Balint se preocupa em investigar certos detalhes da dinâmica relacional que dizem respeito ao mundo interno em camadas tão profundas, que o levam a desenvolver a teoria da falha básica e da regressão na situação analítica, temas que tem por base o retorno ao mais primitivo, e que estão mais associados às teorias que levam em consideração o desenvolvimento das relações objetais da infância inicial. Além de Balint, Winnicott também procurou investigar sobre os primórdios e sobre a regressão como veremos a seguir.

4.4

Winnicott e a regressão à dependência

Winnicott foi contemporâneo de Balint e também pertenceu ao *middle-group*. Apesar de não terem se influenciado mutuamente, muitos aspectos da abordagem teórico-clínica destes autores podem ser aproximados. Ambos foram influenciados, direta ou indiretamente, pelo pensamento de Ferenczi, pautado pela dimensão ética e terapêutica que possibilitasse a cicatrização do trauma. Estes autores assinalam a importância de o ambiente sustentar a dependência, a importância de o analista acolher a necessidade de regressão dos pacientes que sofreram traumas.

Em diversos artigos, Winnicott elabora especificamente a temática da regressão na situação analítica, pois também lidava em sua clínica com pacientes

psicóticos, *borderlines*. Toda a linha de pensamento deste autor aponta para sua preocupação com o viés terapêutico, tal como já apresentado no segundo capítulo deste trabalho.

Dentre estes artigos, consideramos pertinente comentar com atenção algumas das contribuições apresentadas em “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico” (1954b), Winnicott procura apresentar seu ponto de vista a respeito deste tema tabu para a psicanálise. Aliás, é possível perceber seu tom cuidadoso ao se referir a ele. “O estudo do lugar da regressão no trabalho analítico é uma das tarefas que Freud deixou para que levássemos adiante, e penso ser este um assunto para o qual esta sociedade está preparada” (WINNICOTT, 1954b/1988, p. 459).

Na continuidade, o autor inglês ressalta que sua experiência clínica dos últimos dez anos o fez notar a importância de abordar este tema. Menciona que o uso da técnica, obviamente pensada por Winnicott em termos do manejo, “permite que cooperemos com o paciente no andamento do *processo*, aquilo que, para cada paciente, tem seu próprio ritmo e segue seu próprio curso” (WINNICOTT, 1954a/1988, p. 459, grifado no original). Lembra ainda que “todas as características importantes deste processo derivam do paciente e não de nós como analistas” (WINNICOTT, 1954b/1988, p. 459). Esse é um ponto importante, pois o autor inglês parece querer ressaltar que a necessidade de regressão se distingue da forma pela qual o analista faz uso da técnica. Portanto, independe do analista, ainda que caiba ao analista reconhecer esta necessidade e adaptar a técnica analítica a ela.

A partir deste pressuposto, o psicanalista britânico divide os casos clínicos em três categorias. Na primeira, está o grupo de pacientes que apresentam dificuldades no âmbito das relações interpessoais, mas que operam como pessoas totais, pois encontraram um ambiente inicial satisfatório que permitiu seu desenvolvimento emocional.

Na segunda categoria, encontram-se aqueles que não apresentam a personalidade totalmente integrada. Esta análise corresponde ao estágio da preocupação ou da posição depressiva. A técnica não difere muito daquela utilizada com pacientes do primeiro grupo. A diferença encontra-se no manejo, a sobrevivência do analista para lidar com os sentimentos ambíguos e com a dependência que começa a surgir exigirão mais do analista.

No terceiro grupo, estão pacientes cuja análise terá que lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, ou seja, aqueles cuja personalidade ou estrutura pessoal não está formada. Neste processo, o manejo será fundamental e a regressão é particularmente importante para este último grupo de pacientes, dado que a doença está relacionada às falhas do ambiente inicial, levando ao desenvolvimento de um falso *self* patológico.

O ambiente precisa ser considerado como fator determinante para a estruturação psíquica. Este aspecto, que é inquestionável para a teoria psicanalítica há muito tempo, precisou ser lembrado constantemente desde Ferenczi. Neste sentido, Winnicott enfatiza que “podemos construir teorias do desenvolvimento da *pulsão*, concordando em deixar de lado o meio ambiente, mas não é possível fazer isto no que diz respeito à formulação do desenvolvimento *inicial do ego*” (ibidem, p. 466, grifado no original).

Winnicott (1954b) considerou a regressão como uma regressão à dependência, o que significa que será muito importante o manejo. O analista lidará com dificuldades emocionais decorrentes do trauma experienciado na fase em que o bebê dependia absolutamente do ego materno que falhou em oferecer sustentação ou *holding* ao bebê. O autor comenta como este tipo de trabalho exige do analista, e conta sua experiência com determinado paciente regredido: “o tratamento e o manejo deste caso exigiu de mim tudo que eu possuía como ser humano, como psicanalista e como pediatra”, e ainda, “este caso está o tempo todo em minha mente” (WINNICOTT, 1954b/1988, p. 462). O pediatra e psicanalista também faz referência à necessidade que sentiu, durante o tratamento, de examinar constantemente a técnica e o fenômeno da contratransferência como resistência, o que exigia mais autoanálise por parte do analista.

Ainda neste trabalho, assinala que regressão é o inverso de progresso. Este decorreria do desenvolvimento emocional que não foi interrompido pelo trauma, ou seja, a evolução em termos de integração do psique-soma, da personalidade e da mente com (eventualmente) formação do caráter e socialização. Enfatiza também que a ideia de regressão em psicanálise traz implícita a existência de uma organização de ego e de uma ameaça de caos, mas também de expectativa quanto ao surgimento de condições favoráveis que justificassem a regressão e propiciassem uma nova chance de desenvolvimento progressivo, dificultado pelo fracasso do ambiente inicial no cuidado primário.

Assim, Winnicott considera que o “*congelamento da situação de fracasso*” (1954b/1988, p. 463, grifado no original) foi um recurso necessário, uma medida extrema de defesa do *self*. Argumenta também que, tal medida, traz em si uma assunção inconsciente, que pode se tornar uma esperança consciente de que, mais tarde, a situação de fracasso poderá ser “degelada e reexperimentada em um ambiente adequado” (ibidem). Winnicott positiva o conceito de regressão e seu estabelecimento no processo de análise, pois, para ele, trata-se neste caso de uma tentativa de restauração de um estado anterior de tranquilidade mínima.

Além disso, o autor chama a atenção para a diferença entre regressão frente ao trauma, provocado pela falha do ambiente inicial em prover o cuidado, e regressão a um ponto de fixação, frente a uma situação desfavorável, geradora de angústia, que pode levar à regressão em termos de qualidade da pulsão àquela que estava em vigor à época do ponto de fixação. A consequência é a reintensificação da situação original da falha, uma regressão a um ponto de fixação onde um trauma estava presente.

Há também situações positivas pré-genitais para as quais o indivíduo pode voltar ao deparar-se com dificuldades em um momento posterior e retroceder, tendo por base uma memória da dependência sustentada por uma situação ambiental satisfatória.

Mas Winnicott quer ressaltar que “o que nos diz respeito, não é apenas a regressão a pontos bons e maus das experiências pulsionais do indivíduo, mas também a regressão a pontos bons e maus da adaptação ambiental às necessidades do ego e do id na história do indivíduo” (WINNICOTT, 1954b/1988, p. 465). O autor quer ressaltar a importância do estudo do desenvolvimento do ego e o reconhecimento da dependência e, nesse caso, quando menciona o termo regressão, imediatamente menciona a adaptação ambiental. Em sua opinião, para avançar no estudo do desenvolvimento do ego é fundamental desenvolver o interesse pelo estudo do ambiente.

Acolher a necessidade de regressão de pacientes que sofreram traumas pressupõe oferecer um ambiente analítico que ofereça sustentação, continuidade e tranquilidade, tal como as técnicas de maternagem. Assim, o autor descreve uma série de detalhes que fazem parte do *setting* e são fundamentais para o paciente, pois oferecem o reassseguramento, a quietude e a continuidade necessários à

manutenção de uma atmosfera estável de confiabilidade. A pontualidade do analista, o divã, as almofadas, o tapete, tudo isso representa o analista e une o paciente a ele. Tal como o bebê necessita estar uno com sua mãe, o paciente regredido sente a mesma necessidade. Esses detalhes ambientais são imprescindíveis para o processo analítico que transcorre nesta sequência (WINNICOTT, 1954b/1988, p.470-1):

- 1- O fornecimento de um *setting* que transmita segurança;
- 2- Regressão do paciente à dependência, com o devido senso do risco envolvido;
- 3- A sensação por parte do paciente, de um novo sentido de *self*, e o *self* até então oculto, rendendo-se ao ego total. Uma nova progressão dos processos individuais que haviam cessado;
- 4- Um descongelamento de uma situação de fracasso ambiental;
- 5- A partir da nova posição de força do ego, a raiva relacionada ao fracasso ambiental inicial, sentida no presente e expressa;
- 6- Retorno da regressão à dependência, em um progresso ordenado em direção à independência;
- 7- Necessidades e desejos pulsionais tornando-se realizáveis com uma vitalidade e um vigor genuínos.

Para Winnicott, a regressão de um paciente é um retorno organizado à dependência inicial. A doença psicótica é uma organização defensiva cujo objetivo é proteger o verdadeiro *self*, frente ao fracasso ambiental no estágio primitivo do desenvolvimento emocional do indivíduo. Do ponto de vista do psicanalista, pode ser mais fácil enfrentar o caso de um paciente que teve um colapso do que enfrentar um caso comparável em estado de fuga para a sanidade. É possível manter os colapsos dentro das sessões analíticas e, algumas vezes, se pode também contar com o meio social do paciente em sua recuperação.

Através do ambiente de confiança construído na análise, as atuações de sonhos ou vivências traumáticas poderão surgir, poderão ser verbalizadas e elaboradas. Este aspecto, defendido por Ferenczi e tão temido por Freud, é também considerado importante por Winnicott. Sua experiência com pacientes psicóticos o levou a concluir que o analista deve tolerar as atuações, pois “não há nada mais surpreendente, tanto para o paciente quanto para o analista, do que as revelações que surgem nesses momentos de atuação” (ibidem). Mas Winnicott (1954b) também ressalta que essa etapa é apenas o começo e ela deve ser seguida por uma exposição em palavras daquilo que foi entendido pela experiência vivida.

- 1- Uma declaração do que ocorreu na atuação.
- 2- Uma declaração do que foi exigido do analista. Disto pode se deduzir:
- 3- O que falhou na situação de fracasso ambiental original.
Isto produz algum alívio, mas depois há:
- 4- Raiva que faz parte da situação de fracasso ambiental original. Esta raiva está talvez sendo sentida pela primeira vez mais em função de suas falhas do que de seus sucessos. Isto é desconcertante, a não ser que seja compreendido. O progresso foi conseguido através da cuidadosa tentativa de adaptação do analista e, ainda assim, neste momento, é o fracasso que é destacado como importante por ser uma reprodução do fracasso ou trauma original. Nos casos favoráveis, finalmente se segue.
- 5- Um novo sentido de *self* no paciente e um sentido do progresso que significa crescimento verdadeiro. Esta deve ser a recompensa do analista, que a obtém através da identificação com o paciente. Nem sempre ocorre um estágio posterior no qual o paciente é capaz de compreender a tensão pela qual passou o analista e de dizer obrigado de maneira verdadeiramente significativa (ibidem, p. 474).

Para Winnicott, a regressão oferece uma satisfação que não é sensual, mas decorre de a regressão alcançar e fornecer um lugar a partir do qual se pode operar. “O *self* é alcançado” (ibidem, p. 476). Esta satisfação está ligada ao fato de o paciente entrar em contato com os processos do *self* básicos que constituem o verdadeiro desenvolvimento e o que acontece, a partir de então, é sentido como real. A sensação de futilidade e de irreabilidade decorrentes do trauma – que levou à formação de defesas extremamente rígidas – e à incapacidade de “desejar”, podem, aos poucos, ser transpostas a partir dos sentidos que vão sendo elaborados na análise em co-criação do paciente com o analista.

A interpretação correta, penetrante e oportuna, tranquiliza o paciente. O processo de interpretação é, nesse sentido, construído a dois, mas, fundamentalmente, e, cada vez mais, pelo próprio paciente, a partir das vivências engendradas durante seu processo analítico. Esse processo de autointerpretação, que não passa por uma via intelectual, mas pelo contato com o verdadeiro *self*, é construído a partir das dimensões relacional, afetiva, sensorial e corporal em conjugação permanente.

A atitude do analista como presença não invasiva é determinante nestes momentos de maior dependência. Em “Retraimento e regressão” (1954d/1988), Winnicott demonstra tal atitude ao fazer uma interpretação bastante significativa sobre o estado de retraimento do paciente, que considerou como uma forma de *holding*. Diante desta interpretação, o paciente pôde ter a compreensão mais clara

do papel que seu analista podia desempenhar, pois ao interpretar seu paciente adequadamente, Winnicott pôde transformar um momento de retraimento em regressão. O analista possibilitou que os gestos do paciente fossem substituídos por palavras. Ao oferecer um ambiente de *holding*, algo se produziu, e na sessão seguinte, o paciente lhe trouxe um sonho, cuja análise mostrou que ele “havia sido capaz de descartar-se de uma couraça que não era mais necessária, pois eu me havia mostrado capaz de suprir um meio apropriado no momento do seu retraimento” (WINNICOTT, 1954d/1988, p. 429). Assim, Winnicott conseguiu converter um retraimento em regressão, e essa experiência foi muito significativa para o processo analítico do paciente.

Winnicott (1954d/1988) faz distinções entre regressão na transferência e retraimento. A primeira significa regressão à dependência, ao passo que retraimento é um desligamento momentâneo de uma relação desperta com a realidade externa, sendo às vezes da natureza de um breve sono. Em outro artigo (1965/1994) sobre esta mesma temática, refere-se ao retraimento como uma independência patológica e lembra que aí a expectativa é a de um meio ambiente persecutório; o que torna necessária uma delicada distinção entre retraimento e regressão por parte do analista, bem como uma intervenção cuidadosa e sensível.

Para o paciente mencionado acima, a interpretação fornecida por Winnicott (1954d/1988) teve um efeito de *holding*, o que lhe ofereceu a oportunidade de corrigir uma adaptação inadequada às suas necessidades presente em sua história, isto é, no manejo do paciente quando bebê. Winnicott conclui sua argumentação ressaltando a dimensão terapêutica da regressão na análise:

Quando um analista teve uma experiência que o torna confiante no seu manejo da regressão, então provavelmente pode-se dizer que, quanto mais rapidamente o analista aceita a regressão e toma contato total com ela, menos provavelmente o paciente necessitará penetrar em uma doença com qualidades regressivas (WINNICOTT, 1954d/1988, p. 435).

No artigo de 1967, intitulado “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva”, Winnicott procura distinguir este conceito da ideia concebida por Freud e desenvolvida por Abraham de regressão a pontos de fixação ou em termos de zonas erógenas. “Chego aqui ao ponto em que tenho de confessar que, em determinada época, pensei na esquizofrenia e nos tipos

esquizoides de transtorno clínico como sendo regressões, de maneira que juntei-me à caçada dos pontos de fixação” (WINNICOTT, 1967a/1994, p. 153).

Winnicott prefere aproximar o conceito de regressão, em primeiro lugar, à ideia de uma “sofisticada organização defensiva” ou “uma organização no sentido de uma invulnerabilidade” (ibidem), uma retroação em uma direção que constitui o oposto do movimento para frente do desenvolvimento, diante do trauma ou do impacto provindo do meio ambiente. Sua experiência clínica com pacientes fronteiriços (*borderline*) e pacientes esquizoides demonstrou que as “experiências de impensável ansiedade e uma deficiência no setor da confiabilidade introjetada” produzem no bebê “fraturas na continuidade pessoal por causa das reações ao imprevisível” (ibidem).

Estas vivências traumáticas impediram “a construção de uma estrutura sobre a acumulação da confiabilidade introjetada” (ibidem) que formaria a base para que a tendência natural ao desenvolvimento pudesse ser efetiva. O trauma rompe a linha de continuidade da existência. Em segundo lugar, Winnicott (1967a) relaciona o conceito de regressão a algo diferente do exposto acima, mas que, clinicamente, pode ser aproximado. O autor inglês considera que o paciente regride por causa de uma nova provisão ambiental que permite a dependência. Segundo ele, o estudo dos fenômenos esquizoides o estava levando a utilizar a palavra regressão para significar regressão à dependência e não para saber se o paciente havia retroagido em termos de zonas erógenas.

Esta perspectiva, como vimos, muito próxima daquela formulada por Ferenczi, o ajudou a considerar a enfermidade do paciente como uma expressão dos elementos *sádios* em sua personalidade, quando se relaciona a regressão com a provisão ambiental. Assim, “a longa fase preparatória da análise forneceu-lhe um senso de haver algo digno de confiança, que pôde ser usado de modo positivo” (WINNICOTT, 1967a/1994, p. 154).

Durante o processo analítico, as falhas inevitáveis do analista, os equívocos e fracassos, amiúde ocasionados pelo paciente, se tornam novos traumas que poderão ser usados pelo paciente para poder expressar a raiva sentida pelo analista. O paciente pode fazer uso do analista e do *setting*, como objeto que sobrevive às experiências cumulativas de raiva. Winnicott (1967) faz menção ao conceito de trauma cumulativo por um viés terapêutico e integrador. Ao trazer para primeiro plano em sua perspectiva teórico-clínica, a forma de presença do

analista como determinante para os processos terapêuticos, Winnicott se aproxima muito da abordagem ferencziana que considera que “o resultado final da análise da transferência e da contratransferência pode muito bem ser o estabelecimento de uma atmosfera de benevolência não passional, tal como pôde existir antes do trauma” (FERENCZI, 1932a/1990, p. 60).

Para estes autores, a atmosfera de confiança e tranquilidade é a base que torna possível ao paciente vivenciar momentos ou períodos de regressão na situação analítica, os quais oferecem a ele a oportunidade de uma maior integração egóica e de um contato mais intenso com seu verdadeiro *self*, como diria Winnicott.

Vimos como o conceito de regressão foi se modificando ao longo do tempo em psicanálise. As propostas inovadoras de Ferenczi, em sintonia com as necessidades de sua clínica, permitiram que os caminhos abertos por Freud se ampliassem cada vez mais. A busca pelo conhecimento do mundo interno, pela compreensão do psiquismo pôde se aprofundar cada vez mais após as pesquisas realizadas por Ferenczi, e alguns autores pós-freudianos que se dispuseram a considerar a dimensão terapêutica da regressão.

No próximo capítulo, será discutida a importância do modelo relacional para a construção teórico-clínica sobre o trauma e a regressão. As novas elaborações teóricas, as novas conceituações em psicanálise têm abarcado um aspecto que foi “negligenciado por Freud”, como comenta Green, qual seja, “o objeto (ou o outro sujeito da intersubjetividade)” (GREEN, 2008, p. 172).

Desta forma, o lugar, o papel, as funções e a dinâmica do objeto na teoria, na clínica e na técnica, já elaborados por Ferenczi, nos fornecem uma base que merece uma constante atualização. O centro de referência da prática clínica atual não é a neurose, mas os casos ditos difíceis ou “inanalizáveis”. Esta clínica ainda é um grande desafio.

A importância do modelo relacional para uma abordagem psicanalítica do trauma e da regressão

Vimos no decorrer do trabalho o desenvolvimento que estes dois conceitos - trauma e regressão - sofreram ao longo do tempo na teoria psicanalítica. Procuraremos agora, delinear, minimamente, alguns pontos relativos a esses temas que ganharam relevância a partir da leitura feita por alguns teóricos das Relações Objetais Precoces. Estes autores ampliaram o escopo teórico-clínico da psicanálise, abriram caminhos para pensarmos em novas formas de intervenção terapêutica. Neste viés, a qualidade da relação objetal é reconhecida como central para os processos envolvidos na constituição do psiquismo e em diferentes formas de subjetivação. Estas contribuições têm fomentado a reflexão atual em psicanálise e ajudado a ampliar a teoria a partir da investigação de fenômenos clínicos, pois, para estes autores, o diálogo permanente entre a clínica e a teoria é a condição para sustentar a experiência analítica.

Conforme observa André Green (1988) a experiência analítica o convenceu de que a única saída para o impasse empirismo *versus* intelectualismo, ou realismo *versus* abstração, é a exploração das possibilidades técnicas e teóricas sugeridas pela obra de Winnicott. Ao examinar as proposições do autor inglês, Green comenta que estas emergem do estudo e do contexto analítico tomado como ponto de referência, o que significa que a teoria está em contato direto com a prática, com a experiência.

É certo também reconhecer que a busca pelo tratamento mais eficaz levou Freud a modificar diversas vezes suas intervenções a partir de seus resultados, assim como suas observações clínicas o instigaram a desenvolver hipóteses e construir a teoria sobre o complexo funcionamento do psiquismo. Uchitel (1997) apresenta uma descrição cuidadosa deste trajeto investigativo de Freud que se desloca da questão do trauma à fantasia. Por outro lado, a construção metapsicológica freudiana, apesar de ser suscetível a diversos modos de interpretação, nos parece ter se restringido ao enfocar a dimensão pulsional em detrimento da análise mais pormenorizada sobre a importância do objeto para os

processos psíquicos. Ao refletir sobre a metapsicologia freudiana, Plastino (2007) afirma que os pressupostos do paradigma hegemônico da modernidade (a cisão entre corpo e psiquismo, a redução do psiquismo à consciência racional e a concepção do corpo como máquina) influenciaram e limitaram as elaborações freudianas dos achados clínicos. Lembra ainda que Freud pressupõe a instância inconsciente a partir da consciência, mediante o processo de recalque, apesar de reconhecer a precedência dos atos psíquicos inconscientes sobre os conscientes e conceber a consciência como uma característica que podia, ou não, acompanhar os atos inconscientes, em sua elaboração metapsicológica inicial. Somente nos textos formulados a partir dos anos vinte, houve transformações significativas, tal como no conceito de inconsciente, a concepção do id como inconsciente originário enraizado no corpo e a questão dos afetos e sua face inconsciente e determinante na constituição do psiquismo (PLASTINO, 2007).

Apesar de podermos deduzir a importância do objeto para a história do sujeito na teorização de Freud - este tema foi tratado, mais especificamente, em alguns de seus trabalhos, como os de 1910, 1914, 1917 - ele nunca chegou a ter a mesma relevância que posteriormente teria para outros autores na teoria psicanalítica. Mesmo após as mudanças teóricas relativas à segunda tópica que, como observa Khan (1977), permitiu integrar as diversas fontes - intrapsíquicas, intersistêmicas e ambientais - em um mesmo referencial para a compreensão dos processos ligados ao trauma, Freud não chegou a elaborar com profundidade o papel do ambiente e sua influência sobre os processos psíquicos. Além disso, o viés apresentado por ele nos trabalhos acima citados é quase sempre descritivo, elucidativo, e não mais profundamente investigativo do ponto de vista terapêutico.

Por outro lado, como vimos no primeiro capítulo, cada vez mais, a partir dos anos vinte, a pesquisa freudiana foi se voltando para o estudo do ego e de suas modificações, decorrentes dos processos defensivos da infância inicial, o que claramente apontaria para a importância da função de cuidado do ambiente, representado pelo objeto primário, tema que veio a ser desenvolvido mais tarde pelos autores pós-freudianos, mas já tratado por Ferenczi em alguns trabalhos. Nas elaborações de Ferenczi - autor que abriu caminho para uma investigação mais profunda sobre os processos traumáticos e seu tratamento, sempre destacando a importância da relação objetal -, podemos identificar o viés terapêutico como aspecto fundamental. Dentre estas mudanças, a dimensão

intrapsíquica e pulsional deixou de ser o foco quase exclusivo de atenção e investigação. O papel do objeto e do ambiente inicial passou a ser pesquisado com mais acuidade. Tal estudo serviu como referência para a compreensão dos processos envolvidos na constituição do psiquismo, assim como chamou mais atenção para o papel do analista frente às necessidades do paciente regredido.

O deslocamento operado na teoria freudiana da questão do trauma para a questão da fantasia acabou por levar a mudanças significativas na forma de abordar clinicamente o sofrimento psíquico. A ênfase em desvelar a fantasia, por exemplo, deixou encoberto o trauma e sua realidade. Mas Ferenczi retomou o percurso abandonado por Freud, e sua decisão não foi sem consequências: o fez sentir na pele esta realidade. Sua concepção do trauma imprime aos objetos externos um lugar determinante no destino dos processos internos, aspecto negligenciado pela teoria freudiana (GREEN, 2008). Assim, a dimensão relacional passou a ter um lugar de destaque para a compreensão do psiquismo, seu desenvolvimento e seu papel no próprio processo terapêutico.

A concepção de objeto na teoria freudiana é paradoxal, pois apesar de por um lado, Freud ter reconhecido sua natureza polissêmica e polimorfa, por outro lado, sua concepção se mostrou refém das bases do paradigma hegemônico da ciência moderna, pelo fato da metapsicologia freudiana ter levado a um hiato empírico/teórico, ou seja, a uma disparidade entre os fatos e a teoria. Os autores pós-freudianos, principalmente os teóricos das Relações Objetais, privilegiaram a temática da dinâmica relacional e enfatizaram a importância da teoria se manter referida à experiência. Vale neste momento, acrescentar à discussão o ponto de vista de Green (1988b) exposto em “O espaço potencial na psicanálise”:

Quanto à Ferenczi, enquanto reportando-se à questão da divisão entre psique e soma, sua contribuição essencial foi mudar o significado da transferência compreendendo-a como um processo de introjeção (bem como de projeção), e, sobretudo, sublinhando, em seus últimos anos, a significação do analista como objeto, assim implicitamente deslocando a ênfase para o papel da contratransferência (GREEN, 1988b, p. 286).

Apesar de nesta discussão Green (1988) não mencionar o papel do objeto na concepção de Ferenczi como agente do trauma em sua dupla função, tanto como aquele que deixa uma marca violenta, como também, o objeto da negação, que vem a ratificar o trauma, é certo mencionar que este aspecto tem sido fundamental para a discussão a respeito das formas de intervenção clínica.

Na continuidade de sua exposição, Green (1988) observa que Balint, o discípulo mais próximo de Ferenczi enfatizou o *amor objetal primário*, negando toda a autonomia ao narcisismo primário. Na sequência, o autor cita Melanie Klein que, no desenvolvimento de sua teoria das relações objetais, focalizava os objetos internos, objetos fantasiados, relegando para segundo plano, o papel do objeto externo. Além disso, segundo Klein, o impulso visa principalmente enfrentar a destrutividade. Na sequência, o psicanalista francês nos mostra como Fairbairn retoma a abordagem de Klein destacando que o impulso procura o próprio objeto, ou seja, enfatizando “a busca do objeto” em seu ponto de vista. Por fim, Green refere-se à Winnicott, cuja visão sobre o objeto se desenvolve a partir da experiência com pacientes fronteiriços, que mais do que os neuróticos clássicos, se tornaram o paradigma de casos para a atual prática e teoria psicanalíticas. O autor cita as diversas facetas sutis e delicadas do objeto na teoria winnicottiana, o que nos ajuda a pensar sobre o papel do objeto para as noções de trauma e regressão:

- 1- O bebê por si mesmo não existe; ele está acoplado ao objeto do cuidado materno.
- 2- Antes da inauguração da fase esquizoparanoide, devemos levar em consideração o papel do segurar – isto é, a mudança envolvida na transição da condição intra-uterina para a extrauterina. A criancinha dentro do útero é substituída pela criancinha nos braços da mãe. A fase de segurar é acompanhada de *manipulação* e finalmente pela *apresentação objetal*.
- 3- O objeto é primeiramente subjetivo (ou o objeto concebido subjetivamente), e então se torna o objeto objetivo (ou o objeto percebido objetivamente). É essencial que o objeto subjetivo preceda ao objeto objetivo.
- 4- O objeto é respondido pelo self. O self é silencioso e secreto, em um estado de permanente não-comunicação. Abriga os objetos subjetivos e pode experimentar estados ou de *desintegração* sob a influência da ansiedade (Winnicott chamava-a de “agonia”) ou de retorno à *não-integração* (estados difusos indo desde a fusão extensivamente para a inexistência).
- 5- A intolerância da mãe/objeto com a espontaneidade do bebê pode provocar neste uma dissociação entre a psique e o soma, ou entre os dois componentes da bissexualidade, ou entre um aspecto dos impulsos (por exemplo, os impulsos destrutivos) quanto contra o outro. A criação de um falso *self*, de acordo com a imagem do desejo da mãe, permite proteção ao *self* verdadeiro, que se mantém em segredo. Lembremos que só nós podemos comunicar indiretamente com o *self* verdadeiro.
- 6- O problema com estes estados é o problema da dependência. A atitude do analista, perante a regressão do paciente, especialmente sua cumplicidade para evitar a regressão, pode levar à sua colusão, com o falso *self*; uma análise interminável ou um colapso psicótico são prováveis de resultar.
- 7- O trabalho do analista consiste em uma substituição metafórica das deficiências do cuidado materno, ou mediante aceitação da dependência do analisando ou mediante a aceitação de seu estado de fusão dentro da interação simbólica - pois

o analista não representa a mãe, ele *é* a mãe. O contexto analítico representa a cuidado materno. O analista também precisa ser capaz de aceitar sua destruição periódica (lado ao lado com o ódio resultante na contratransferência) como uma condição de ressurreição periódica, de modo que o analisando possa ser capaz de *usar* o analista.

- 8- O objeto transicional, que não é nem interno nem externo mas está localizado na área intermediária do espaço potencial, ganha a existência e entra em função “no começo” da separação entre a mãe e o bebê. O objeto transicional invoca a idéia de espaço transicional, que é estendido para a experiência cultural da sublimação.
- 9- O *objeto transicional* é coextensivo da categoria de *jogar* ou representar *e da capacidade de estar só*, (na presença de mãe ou do analista).
- 10- A técnica analítica é dirigida para a efetivação da capacidade de jogar ou representar com objetos transicionais. O aspecto essencial já não é mais interpretar, mas capacitar o sujeito a sobreviver a *experiências* criativas de uma nova categoria de objetos.
- 11- Se o objeto transicional é uma possessão não-eu, duas outras possibilidades estão envolvidas:
 - a não-criação desse objeto, mediante o estar excessivamente ligado a experiências ou de fusão ou de separação.
 - a inversão do sentido de possessão pela *démarche*: “Tudo que consegui é o que não consegui”. Isto sugere um conceito algo diferente, que formulei como satisfação *negativa* (GREEN, 1988, p. 287, grifado no original).

Nota-se, portanto, como o objeto tem diferentes sentidos na construção teórica de Winnicott, acompanhando todas as transições do processo de desenvolvimento emocional. Estas contribuições em torno da importância do objeto têm suscitado novas elaborações no meio analítico como veremos mais à frente.

As concepções em torno da questão da regressão terapêutica iniciadas por Ferenczi e aprofundadas por Balint e Winnicott ainda levantam uma série de indagações e temores no meio analítico. Não foi diferente com a questão do trauma, a qual a própria teoria levou tanto tempo para elaborar. Pensar sobre a melhor forma terapêutica de intervenção e em qual momento do processo deve-se usá-la, nos leva também a pensar nos riscos inerentes e ao necessário reconhecimento das condições de cada paciente em particular. Ora, esta atitude por parte do analista não é uma novidade. Freud, como cita Khan, já demonstrava seu ponto de vista: “Não importa como trataremos os nossos pacientes, eles se tratam terapeuticamente, isto é, por meio de transferências” (KHAN, 1977, p. 37). Freud levanta um ponto básico, pois, fundamentalmente, os resultados do tratamento dependem da capacidade de transferência do paciente.

Ferenczi, por outro lado, percebeu que seus pacientes traumatizados haviam perdido a capacidade de confiar, pois “se entregar” a um tratamento

poderia oferecer um risco muito grande, um retraumatismo. Assim, este autor se preocupou em criar condições ambientais que pudessem suplantar esta dificuldade. O papel do analista, o *setting* analítico, tornou-se, então, um dos principais pontos de reflexão para os autores pós-freudianos desta linhagem, como veremos logo a seguir.

A influência mútua entre Freud e Ferenczi contribuiu para as mudanças operadas na teoria freudiana sobre a concepção dos primórdios do psiquismo, claramente observável também em seus últimos trabalhos. Cada vez mais, Freud foi se ocupando com as questões ligadas aos traumatismos precoces e ao papel do objeto como escudo protetor. Mas esse ponto de vista merecia ser tratado com maior profundidade, principalmente, a partir das questões levantadas por Ferenczi sobre o trauma e seus efeitos no psiquismo. Desta temática se ocuparam os teóricos das Relações Objetais Precoces. Assim, o modelo relacional possibilitou uma melhor compreensão sobre as vicissitudes da vida psíquica. Além disso, certas noções e conceitos freudianos foram revistos na abordagem destes autores a partir de uma perspectiva nova, tal como a noção de defesa, a identificação primária, o conceito de fantasia, entre outros. A dimensão relacional também possibilitou uma melhor compreensão sobre o papel do analista e da contratransferência para os processos terapêuticos.

Cada vez mais os psicanalistas têm se preocupado em abordar as diferentes questões clínicas por um enfoque intersubjetivo, ou seja, que leve em consideração a influência entre as subjetividades, a importância do acolhimento efetivo da radical alteridade do outro. O diálogo da psicanálise com outros saberes, dentre os quais se destacam a neurologia, através de trabalhos como o de Winograd e Sollero-de-Campos (2012), as neurociências (Salem, 2012), a psicologia (Rochat, 2012), ou os diferentes enfoques da filosofia, e mesmo outros autores de diferentes tradições psicanalíticas tem sido enriquecedor e fomentado novos parâmetros para a compreensão dos processos psíquicos a partir de questões suscitadas na relação com o outro, sendo assim, novas formas de construção teórica podem advir, principalmente aquelas pertinentes ao campo dos fenômenos transicionais.

O pensamento do filósofo Merleau-Ponty sobre a fenomenologia da percepção, da qual desenvolve a reflexão sobre a noção de tempo, de espaço e de corpo tem colaborado para essa empreitada. A assimilação do conceito de

intersubjetividade como um conceito propriamente psicanalítico, entretanto, está ainda longe de ser efetivado, mas o debate em torno do tema tem demonstrado seu potencial evocativo e teórico, como observa Coelho Júnior (2012).

Há um crescente interesse na psicanálise atual pela obra de Winnicott e no diálogo do seu pensamento com a fenomenologia de Merleau-Ponty, tema extremamente rico e que tem suscitado e inspirado reflexões relevantes para o debate clínico atual, tal como aparece, por exemplo, nas abordagens de Gurfinkel (2001), Bittencourt (2005), Graña (2007) e outros.

A seguir discutiremos alguns temas destacados pela abordagem relacional, por considerarmos que eles são fundamentais para a reflexão clínica atual, frente às diferentes formas de sofrimento psíquico com as quais acabamos por nos deparar na clínica cotidiana e que suscitam o diálogo com diferentes saberes.

5.1

O *setting* analítico - espaço intersubjetivo

A questão do *setting* analítico é profundamente discutida pelos teóricos das relações objetais precoces, principalmente ao abordarem temas relacionados à necessidade de um espaço de acolhimento e segurança por parte dos pacientes regredidos para poderem elaborar sua dor psíquica, o que possibilitaria a construção de uma nova forma de relação, menos restritiva, com a realidade externa, com os objetos, e, principalmente, com seu mundo interno. Autores como Winnicott, Khan e Balint elaboraram, como vimos, em diversos momentos de suas reflexões, a temática em torno do *setting*, compreendido como espaço não somente de elaboração, mas também de reconstrução (KHAN, 1977).

No debate atual em psicanálise este tema tem recebido atenção especial e continuada, na medida em que as diferentes formas de sofrimento psíquico da clínica na atualidade apontam para a necessidade de acolhimento, sustentação e contenção de tensões e excessos que ocupam a mente dos pacientes. Dentre as contribuições para esse debate, são relevantes as elaborações de autores italianos, que têm ampliado a abordagem sobre o tema, inspirados principalmente nos teóricos britânicos das relações de objeto.

Ao refletir sobre a centralidade do ambiente no processo do crescimento psíquico, Borgogno (2004), por exemplo, observa que a pesquisa psicanalítica

repensa hoje, com renovado interesse, força e vigor, o ambiente e sua importância para o nascimento da vida psíquica. O autor considera que:

Nesta área o nosso pensamento de algum modo ainda está bloqueado pelo preconceito de que um analista deve se ocupar somente da realidade psíquica, de modo que não poderíamos nos pronunciar sobre a realidade externa e sobre seu peso, sob pena de perder a nossa especificidade de analistas e de escuta (BORGOGNO, 2004, p. 96).

Este bloqueio deve-se, segundo Borgogno (2004), a um verdadeiro tabu que dominou a psicanálise depois do abandono, por parte de Freud, da teoria da sedução em prol daquela da fantasia inconsciente. Em contraposição a esse ponto de vista, o autor demonstra que o pensamento de Ferenczi serve de base para qualquer psicanálise ou psicologia “que raciocine em termos relacionais – intersubjetividade e interação – e dê ênfase ao contexto no qual o sujeito se constitui a partir da rede de vínculos na qual está imerso e da lógica afetiva e cognitiva que o acompanha e o governa” (BORGOGNO, 2004, p. 167).

Borgogno (2004) desenvolve questões fundamentais para a reflexão clínica sobre o trauma e a necessidade de regressão na situação analítica. Um dos temas desenvolvidos se refere ao modelo de desempenho psicanalítico que tem por base os componentes ativos das comunicações e não-comunicações do analista. Considera que estas independem de qualquer atitude pautada na abstinência ou na suposta neutralidade. Ainda com relação à comunicação entre o analista e o paciente, lembra que o analista tem uma vasta gama de emoções e sentimentos que não deveria evitar, porque fundamentam autenticamente a sua compreensão do que ocorre durante a sessão. Estes influenciam a transferência em sentido benéfico ou prejudicial. O paciente também tem percepções frequentemente corretas a respeito do analista que não podem ser mais interpretadas como resistências, mas como mensagens múltiplas que os dois inconscientes reciprocamente se enviam. Assim, nota-se que uma abordagem clínica pautada na perspectiva ferencziana privilegia especialmente as qualidades afetivas profundas. Estas, nem sempre são simbolizadas verbalmente, mas muitas vezes se inscrevem corporalmente. É também ao corpo e não somente às palavras que o analista deve olhar/escutar ao buscar entender os principais fenômenos relativos ao encontro analista-analisando.

Borgogno (2004) lembra que Ferenczi oferece uma compreensão mais profunda sobre os processos regressivos vividos na situação analítica, por considerar fundamental o analista captar as palavras e sintomas do paciente como formas de memórias desagregadas (corpórea ou sensorial) e de comunicação críptica, que buscam uma linguagem ostensiva e partilhada através da experiência, quando ainda não disponível pela via verbal da consciência. Para que o imaterial seja significado é necessário o analista não ter medo de ser atravessado por essas mensagens inconscientes. Elas representam o aprofundamento do processo em camadas mais primitivas, as quais permitem que memórias corporais e indizíveis possam ser partilhadas e ganhar um sentido na experiência vivida com o analista.

Este autor junto com outros italianos, tais como Bolognini (2008), Bonaminio (2011) e Ferro (2002), dentre outros, nos ajudam a pensar em uma série de questões que consideramos pertinentes para a discussão sobre o trauma e regressão a partir do modelo relacional.

Em *Passagens secretas*, Bolognini (2009) observa que o papel do analista é propiciar a criação de um espaço interno com o seu paciente através de uma série de condições que o *setting* analítico deve oportunizar e que em nenhum outro espaço será possível. O espaço analítico é o lugar que permite hospedar a angústia, a tensão e a dúvida do outro.

O analista não pode e não deve ‘negar o negativo’, pretendendo forçar o positivo (tanto no sentido de colocar algo em geral, quanto no sentido de propor coisas vitais e ‘positivas’, como interpretações, associações representacionais etc.) dentro da mente do paciente, se não há espaço dentro dela (BOLOGNINI, 2009, p. 214).

Esta passagem nos remete ao papel do analista, ao fato de ele precisar dispor por experiência e método de um espaço interno que acolha essas angústias e necessidades de base:

- 1- A necessidade de ser contido,
- 2- De ser contido, sim, mas de forma relativamente não aparente para evitar o reconhecimento direto da dependência e, portanto, a intervenção de seu ideal de ego narcísico, que impede a relação.
- 3- De transformar o passivo em ativo para diminuir e controlar a experiência da regressão, da qual tem absoluta necessidade, mas que o aterroriza (BOLOGNINI, 2009, p. 217).

O autor assinala a importância de o analista saber o momento adequado para interpretar, de forma a evitar interpretações reativas e precoces que agucem

no âmbito interpessoal o conflito intrapsíquico. O papel do analista é muitas vezes o de simplesmente aguardar uma resolução interna por parte do paciente, à qual ele apenas “assiste”. Tolerar as angústias, aguardar esse momento é algo de que o analista deverá ser capaz, por mais difícil que seja. “Para conter alguém é necessário ter sido contido” (BOLOGNINI, p. 2009, p. 221). Estes temas são claramente identificados em Bion (capacidade de *rêverie* da mãe), Winnicott e Balint nas discussões sobre o não interpretar, elementos fundamentais para a clínica na atualidade.

Além destes autores, citamos as contribuições de Ferro (2003), também inspiradas em Bion, sobre o sonhar no estado de vigília, as microtransformações na sessão e as modalidades de concepção dos personagens na sessão. Segundo o autor, a narração compartilhada aos poucos é substituída pela função ativa e estável de um narrador interno, capaz de nomear, dar um sentido que impelia os coágulos sensoriais emocionais (FERRO, 2003)

Nesse sentido, Ferro (2003), lembra que independentemente do modelo psicanalítico, o que todos têm em comum é a questão de lidar com os “conteúdos não pensáveis”, expressos sobre a forma de sintomas, de sofrimento ou de comportamentos que, no encontro com o analista e sua mente, transformam-se em emoções e pensamentos, atenuando ou deixando que desapareçam esses sintomas. A situação analítica permite que as proto-emoções e os protopensamentos decorrentes das experiências relacionais insatisfatórias ou traumáticas possam ser digeridas através da introjeção do método vivido na experiência analítica que permite expansões ou ampliação progressiva do sentido.

“Em outros termos, o não pensável torna-se relato a ser partilhado via uma série de trânsitos emocionais, e é graças a eles que se torna possível nomear o que até então não era representável” (FERRO, 2003, p. 354). Este autor assinala que a capacidade narrativa em estado de vigília (ou a capacidade de sonhar em estado de vigília ou durante o sono), coincide com a introjeção da função analítica. Essa capacidade é decorrente da troca emocional constante do par analítico, no qual proto-emoções, proto-sensações, elementos beta são evacuados e acolhidos por uma mente em condições de transformá-las e restituí-las elaboradas, juntamente com o método através do qual se efetuam essas operações.

Bonaminio (2011) numa abordagem próxima à dos autores acima citados, mas fundamentalmente inspirado nos trabalhos de Winnicott, discute diversas

questões relacionadas ao *setting* analítico e a questão da contratransferência em seu livro, cujo título, *Nas margens de mundos infinitos*, faz clara menção ao poeta Tagore, citado por Winnicott em *O brincar e a realidade*. O psicanalista italiano nos lembra que “a dimensão intersubjetiva é, portanto, não somente ‘inevitável’, mas é também uma das dimensões necessárias e úteis para a compreensão, descrevendo e retornando ao analisando o que realmente ocorre na sessão entre analista e paciente” (BONAMINIO, 2011, p. 173, grifado no original). O autor quer enfatizar o papel central no processo em referência àquilo que acontece entre o paciente e o analista, ambos sabem inconscientemente, nos diz Bonaminio (2011), que estão contribuindo para a transformação do *self* do outro. A transferência e a interpretação têm um valor muito grande, bem conhecido por todos, mas há outros fatores que devem também ser considerados para que os efeitos das vivências traumáticas possam ser transformados no *self* do paciente. “A qualidade da ecologia analítica (espaço, tempo e *presença* do analista) traz uma contribuição igualmente, senão mais importante para o trabalho com os assim chamados pacientes ‘difíceis’ e em certas fases da análise que, mais cedo ou mais tarde ocorrem em todo o tratamento” (BONAMINIO, 2011, p. 175, grifado no original).

O foco do tratamento é o paciente, portanto a repetição do trabalho interpretativo (num ambiente que acolha sua regressão), o analista opõe e desconstrói a estrutura patológica do paciente. E, nesse processo, a contratransferência deve ser separada (paradoxo) da pessoa do analista. Não há dúvida que o analista está e é parte no processo, mas contratransferência se refere ao que faz parte do processo do paciente e não a questões do próprio analista.

Além disso, estes autores se voltaram para o estudo destas condições, nas quais o cuidado, a sustentação e o acolhimento ou, em outros termos, os aspectos formais, ganharam relevância. O *setting* torna-se espaço que permite a regressão terapêutica. Este ponto de vista está presente principalmente nas teorizações de Balint e de Winnicott, conforme vimos, com base na matriz ferencziana. Estes autores não excluem em suas considerações os postulados freudianos a respeito do psiquismo, seu funcionamento e processos internos, como as fantasias, mas chamam a atenção para a influência do objeto nas vicissitudes dos mesmos.

Além disso, consideram importante o estudo do papel do objeto primário para evitar, ao máximo, qualquer experiência que provoque uma vivência de

desamparo, chamada por Winnicott de angústia impensável. Assim, o estudo destas condições estruturantes foi o cerne das preocupações destes autores. As construções teórico-clínicas resultantes do modelo relacional permitiram um olhar crítico para as especulações metapsicológicas que, muitas vezes, soaram dissociadas da experiência clínica.

Um dos teóricos mais originais neste campo foi Masud Khan, discípulo de Winnicott, que abordou a temática do trauma gerado pelo distúrbio no papel da mãe como escudo protetor (apresentado, aqui, no segundo capítulo). Este teórico se preocupou em refletir sobre a necessária reconstrução da análise e das condições ambientais para esse processo no caso de pacientes traumatizados. Em seu trabalho de 1964, “Distorção do ego, trauma cumulativo e o papel da reconstrução na situação analítica”, ele procura delimitar, a partir do conceito freudiano de construção, os meios terapêuticos adequados para o processo reconstrutivo na situação analítica. Para este autor, o *setting* analítico é a ambiência física oferecida pelo analista: a sala, a luz, a mobília, o divã e sua presença pessoal. O *setting* também proporciona espaço/tempo, isto é, o ambiente onde o analista vai oferecer as condições para uma experiência a ser vivida pelo paciente como *holding*, e que permitirá o flutuante interjogo na experiência total de si mesmo do paciente. O autor lembra que as pesquisas sobre a psicologia do ego e as técnicas do cuidado infantil permitiram uma reavaliação do papel do fator ambiental sobre a formação inicial do ego e da estrutura do caráter, algo já assinalado por Ferenczi em seus trabalhos, mesmo os bem iniciais, que abordam o trauma como consequência das distorções no ego causadas pelo ambiente. Sem dúvida, tais apontamentos já indicam um questionamento quanto ao fato de a teoria freudiana ter enfatizado, como sugere Khan (1977), a realidade afetiva das fantasias inconscientes reprimidas e dissociadas em detrimento da efetividade do fator ambiental. Winnicott (1945) foi, segundo observa Khan (1977), o primeiro analista a ver no tratamento de pacientes “falso *self*”, – cuja descrição se aproxima das apresentadas por Fairbairn (1940) e Deutsch (1942) a respeito dos pacientes esquizoides ou personalidades “como se” – uma nova tarefa clínica passível de ser tratada pela técnica analítica e pelo *setting* de análise. Ambos os autores desenvolveram contribuições importantes a partir da experiência clínica com pacientes traumatizados e se preocuparam em desenvolver condições para tratar esses pacientes regredidos.

Fairbairn foi um dos psicanalistas pioneiros na elaboração da teoria das relações objetais. Partindo da teoria de Klein sobre as relações endopsíquicas entre objetos parciais, este autor desenvolve a tese de que a libido está basicamente voltada para o encontro com um objeto com o qual estabeleça e mantenha um vínculo, e não apenas em busca do prazer proporcionado pela descarga. Seu ponto de vista penetra mais profundamente nas defesas contra a expressão dos afetos, ou seja, na ênfase sobre os fatores esquizoides da personalidade. Fairbairn rompe mais radicalmente com o pensamento de inclinação biológica de Freud ao considerar que as relações objetais não são satisfatórias porque se alcançou determinado nível genital; ao contrário, as relações objetais satisfatórias é que permitem que se alcance uma sexualidade genital. Suas contribuições somadas àquelas desenvolvidas por Balint nos anos trinta, como observa Mezan (2014), serviram de base para a constituição do grupo independente das teses kleinianas, annafreudianas e daquelas da psicologia do ego, a escola das relações de objeto.

Seguindo nesta linha de pensamento, as descrições de Deutsch (1942) a propósito dos pacientes borderlines, chamados pela autora de pacientes “como se”, fornecem novas contribuições a esta problemática, que decorre da não constituição de um objeto subjetivo devido às falhas ambientais na relação com o objeto primário. Esta inconsistência de si gera a necessidade de adesão à personalidade de outra pessoa para dar conteúdo e realidade ao vazio interno, e estabelecer um sentido para a existência através da identificação.

Voltando às considerações do discípulo de Winnicott, Khan descreve em seu trabalho “Distorção do ego, trauma cumulativo e o papel da reconstrução na situação analítica (1964)”, aspectos significativos do comportamento desses pacientes na situação analítica. Discorre sobre sua transferência para o analista, sobre suas necessidades e exigências, e que são significativas para a atual reflexão. Segundo Khan (1977), estes pacientes, em vez de apresentarem disponibilidade transferencial, tendem a irritar o analista ou a seduzi-lo para um torturante relacionamento com o material que trazem para a análise (sua história pregressa ou realidade interna). Esse tipo de atitude transferencial pode levar o analista a se perder em sua função e lugar ao interpretar excessivamente estes conteúdos, o que pode contribuir até mesmo para um aumento da resistência ao tratamento. Em tais casos não se trata de associações livres que levem a mudanças

afetivas, mas ao que o autor chama de “monopolizações do *self*”. O comportamento transferencial demonstra que “o que deveria ser uma ligação de objeto se transforma num interesse do ego”, conforme explica Anna Freud (1954, apud KHAN, 1977). O pseudo entusiasmo desses pacientes encobre o temor real de uma sensação predominante de vazio.

Khan (1977) também observa que a incapacidade de ligar intrapsiquicamente as catexias afetivas é encoberta por uma profusa produção de material ou pela atuação, na tentativa de exercer controle sobre o ambiente e manipular a situação. Como se vê, o ego trabalha de forma defensiva pela distorção em seu desenvolvimento inicial, que gerou uma grave deficiência. Khan (1977) também menciona que esta cisão do ego impede que a atividade autoerótica possa vir a enriquecer imaginativamente e emocionalmente a vida fantasística e a relação com os objetos.

Contratransferencialmente, estes pacientes suscitam grande esforço por parte do analista no sentido de suportar as oscilações entre períodos de maior integração e outros de perda na integração do ego, comenta Khan (1977). Tendem a reproduzir compulsivamente na situação analítica o mesmo tipo de relação que predominantemente estabelecem com o entorno, na qual “reduzem tudo a uma futilidade e as pessoas envolvidas se sentem vencidas, desmoralizadas, tolas e inúteis” (KHAN, 1977, p. 31). Pelo grande temor de entrar em contato com a necessidade de regressão do ego ao estágio de dependência intensa no *setting*, tendem a povoar o espaço analítico com atuações na tentativa de manipular estados dissociados.

Khan (1977) lembra que estes pacientes não dispõem de uma experiência completa que possam projetar, mas apenas fragmentos de uma variedade de experiências incompletas em seu desenvolvimento. Ressalta o importante papel do analista no *setting*, reunindo e unificando os estados fragmentados, de modo a possibilitar a formação de uma unidade experimental através do tempo. Estes pacientes precisam da habilidade e da disponibilidade emocional do analista para poder contê-los e ajudá-los a assimilar estados de angústia que não conseguem suportar e que frequentemente se fazem presentes, pois a própria situação analítica pode intensificá-los.

É o analista que eles obrigam a sentir, durante muito tempo, a raiva, a fúria, a dependência, o desespero, o amor e a ternura, a violência destruidora e o pânico que trazem dentro de si, antes que seu ego possa estruturar-se numa unidade na qual pela identificação, consigam experimentá-lo por si mesmos e em si mesmos. É o que acontece também com seus estados afetivos (KHAN, 1977, p. 32).

Khan (1977) comenta ainda que estes pacientes costumam combater a manifestação de estados de angústia através da conversão destes estados em sofrimento psíquico agudo ou em estados de tensão difusos ou exagerados. Ambas as técnicas defensivas são fonte de resistências na medida em que a defesa intelectual se nutre do estado de tensão, numa reação circular e paralisante, gerando um impasse para o processo analítico. Estas angústias intensas não provêm dos impulsos libidinais ou de um superego primitivo sádico, ressaltava Khan (1977), fazendo referência às teorias de Freud e de Klein, mas de uma sensação de violenta ameaça à integridade e sobrevivência do ego. Os mecanismos de defesa utilizados são a clivagem, a desvalorização de objetos, bem como de experiências afetivas, identificações projetivas e idealização. “É nessa área de trabalho que se pode ‘reconstruir’ a *realidade* dos seus primeiros objetos e os efeitos dessa realidade sobre o processo evolutivo e integrativo” (KHAN, 1977, p. 33, grifado no original)

O quadro fiel da dinâmica relacional da infância será presentificado na transferência através dos mecanismos de defesa e das atuações, que devem ser controladas, mas não inibidas. Esses processos defensivos indicam o quadro dos primeiros tempos do desenvolvimento emocional e, portanto, têm valor para o processo que visa tratar terapêuticamente os pacientes que sofreram traumas e precisaram constituir estas defesas extremas. Cabe ao analista, através de um *setting* confiável, possibilitar o contato com esses mecanismos defensivos e atuações, e compreendê-los, não somente como resistências, mas por seu viés comunicativo, observa Khan (1977).

A partir destas considerações, podemos pensar o *setting* analítico descrito por Khan (1977) e por outros teóricos das Relações Objetais Precoces, que lidaram com pacientes que sofreram traumas, como o espaço do interjogo relacional do analista com o seu paciente, o qual permite vivenciar através das atuações, lembranças, sensações afetivas e corporais a dimensão terapêutica da regressão como processo de reconstrução que viabiliza a experiência de *ser* e onde ambos são afetados.

5.2

Corpo e afeto – dimensão intersubjetiva

Vimos anteriormente, no segundo capítulo, alguns aspectos valorizados na abordagem clínica de Winnicott, dentre eles a questão do corpo e do afeto. Estas são duas dimensões fundamentais que servem de referência para a investigação dos teóricos das Relações Objetais Precoces. Tanto Winnicott quanto Balint, autores que privilegiamos no decorrer deste trabalho, procuraram delinear as condições necessárias para a estruturação psíquica, ou seja, aquelas condições estruturantes, anteriores ao desenvolvimento da capacidade representacional. O tipo de interação entre o objeto e o sujeito comunicada corporal e afetivamente através da sustentação, do asseguramento, do manejo em condições ambientais e de temperatura que propiciem a sensação de bem-estar, ajuda a manter a experiência de continuidade, o que é fundamental para um bom desenvolvimento emocional primitivo e possibilita o estabelecimento de uma confiança básica.

O conceito winnicottiano de psicossoma rompe totalmente com a visão cartesiana. Conforme assinala Plastino (2007), através deste conceito, Winnicott desenvolve a concepção do inconsciente originário, enunciado por Freud na elaboração da segunda tópica, como indissociável do corpo. O *eu* é derivado das sensações corporais, pois o corpo apreende e registra as experiências anteriores ao nascimento, as experiências relacionadas ao parto e os primeiros acontecimentos após o nascimento. A experiência inconsciente é central para o pensamento teórico de Winnicott (PLASTINO, 2007). Desta forma, os indícios corporais, os gestos e expressões faciais, movimentos e sensações são relevantes para a compreensão do psiquismo e dos estados afetivos do paciente, que entra em contato com estas experiências corporais e afetivas intensas em determinados momentos do processo analítico, ativando a memória corporal. Estas sensações corporais, muitas vezes de dor física, surgem repetidas vezes e revelam experiências de dor psíquicas não elaboradas, muitas delas, até mesmo, indizíveis. Elas estão ligadas a vivências traumáticas muito precoces, anteriores à capacidade representacional, ou a vivências que por sua intensidade afetiva ultrapassaram as condições do psiquismo de elaboração. Estas vivências afetivas, este excesso que não pôde ser simbolizado pode vir a ganhar um contorno a partir da relação com o outro, o objeto. Neste sentido, o processo analítico é comparável ao suprimento de

cuidado oferecido pelo ambiente inicial necessário para proteger o bebê da vivência de desamparo.

Winnicott foi atento a esta questão, a estas sutilezas ligadas à relação com o objeto, chamou atenção para o fato de que a ausência do objeto por um tempo além do suportável ou o excesso de presença, gerador de invasões, levam à criação de defesas extremas que roubam, por assim dizer, a energia psíquica e corporal que poderia ser utilizada para o desenvolvimento do ser como um todo.

A necessária identificação do objeto primário com as necessidades do bebê é chamada por Freud de identificação primária e por Winnicott de *preocupação materna primária*, tal como exposto, anteriormente, no segundo capítulo. No enfoque dado por Winnicott, não há nesse momento uma diferenciação, mas uma forma mais originária de laço afetivo com objeto em total estado de união. O conceito freudiano é ampliado por Winnicott de forma original, pois em sua elaboração ele estabelece o cerne do processo de constituição psíquica; permite a experiência subjetiva e a experiência de onipotência da criatividade primária. Este conceito abarca as dimensões corporal e afetiva que se enlaçam por meio do cuidado oferecido pelo objeto primário, formando a experiência de continuidade do ser e o sentimento de sentir-se real. Tudo isso depende da qualidade da relação, dos fatores contingenciais e pertencentes à história singular de cada um no encontro com o objeto. Winnicott (1952/2000) lembra que “o amor da mãe e sua estreita identificação com o bebê fazem-na consciente da necessidade deste, o que a leva a providenciar alguma coisa mais ou menos no lugar certo e no momento certo” (WINNICOTT, 1952/2000, p. 311).

Duas dimensões temporais importantes merecem ser destacadas nesta experiência. A primeira diz respeito à capacidade do bebê de esperar, muito reduzida nos primeiros tempos de vida, como já citado, e a segunda está relacionada com a repetição desta experiência de satisfação (mais complexa que a descrição em termos pulsionais, conforme a teorização freudiana). Para Winnicott, esta satisfação é decorrente do uso que o bebê faz da *ilusão*, sem a qual o contato entre a psique e o ambiente não seria possível. O ambiente tem um papel significativo para que este contato possa ser real, possa estruturar-se psiquicamente através da repetição continuada de interação afetiva e corporal entre o bebê e seu entorno, constituindo a experiência de *ilusão*. Desta interação, que tem por base a experiência de *ilusão*, surge a transicionalidade. A ideia de

repetição da interação afetiva nos remete também à noção de tempo e espaço da experiência compartilhada, como dimensões do nosso ser, tal como assinalado por Merleau-Ponty (1945/1996), tempo e espaço que nascem a partir da relação que se estabelece com o entorno, e, no caso, dependente deste entorno que ajuda a transformar o viver de base biológica em um viver criativo, fruto da relação.

A subjetividade emerge da experiência de fusão inicial pela perspectiva do bebê. Mas fusão não significa simetria. O objeto primário se adapta à necessidade do bebê, o que caracteriza uma posição assimétrica em relação a ele. Esta disponibilidade emocional, que permite à mãe adaptar-se e oferecer ao seu bebê o que ele precisa no momento em que precisa, possibilita a criação de uma área intermediária ou transicional. Somente após a vivência de criatividade primária ou de ilusão onipotente, a realidade externa será uma conquista e poderá ser partilhada. O objeto agora, objetivo, será constituído como não-eu e se localizará fora da área de controle. Winnicott (1952/2000) lembra que nos casos de cisão extrema, a vida interior secreta terá muito pouco do que pertence à realidade externa e partilhável. O viver criativo é uma conquista que depende das condições oferecidas pelo ambiente inicial, pela qualidade afetiva nas trocas com o objeto primário.

O olhar lançado pelos teóricos das Relações Objetais Precoces para os primórdios do desenvolvimento, permitiu à psicanálise reconhecer que a vida psíquica tem a sua origem em um momento muito anterior à capacidade representacional. As trocas afetivo-corporais influenciam o acesso ao mundo simbólico e à capacidade criativa. Além disso, permitiu também reconhecer a importância do acolhimento no processo analítico das impressões sensoriais, afetivas e corporais, comunicadas ou não pelo paciente, como indícios importantes de sua história, de vivências que precisam ser elaboradas. O processo de elaboração depende da qualidade afetiva nas trocas entre o analista e seu paciente. A profundidade deste processo é decorrente da sensibilidade do analista (Rozenhal, 2014), de sua disponibilidade psíquica e emocional, que permite a ele captar e se deixar afetar pelo que seu paciente transmite consciente e inconscientemente.

Desta forma, como observa Borgogno (2004), a partir das elaborações ferenczianas, podemos considerar que o conceito freudiano de inconsciente é estendido a tudo aquilo que nunca foi inscrito psiquicamente nem expresso em

palavras na infância e no passado do paciente, devido a frequentes e inadequadas formas de criação e educação, gerando vivências traumáticas, tema elaborado por Ferenczi em 1908, no artigo “Psicanálise e Pedagogia”. Borgogno (2004) comenta que através de sua prática clínica com os pacientes difíceis, Ferenczi nos ensinou muito sobre os estados de dissociação da sensibilidade que está na raiz do sofrimento psíquico. Estes pacientes:

Experimentam sensações e emoções intensas, mas não associam, não sabem falar disso e não conhecem a sua natureza e origem; que associam, mas não sentem o que dizem, que talvez falem com aguda capacidade perceptiva de si e dos outros, mas na realidade, não se vêem nem vêem aqueles de que falam com consciência; pacientes desprovidos de palavra que não sabem falar das relações e dos sentimentos em modo significativo para si próprios (BORGOGNO, 2004, p. 158).

Borgogno (2004) lembra ainda que estes pacientes exigem um empenho por parte do analista na busca da relação em seus mínimos movimentos psíquicos (sintomas corpóreos, nuances de voz, transferências verbais, alucinações e diversos tipos de ação), assim como na auto-análise dos seus sentimentos e narcisismo em relação a eles. As reações acima citadas decorrem das cisões profundas no psiquismo causadas por traumas precoces, que levam a dissociações entre o sentir e o pensar, gerando uma sensação de vazio e de inconsistência pela falta de um lastro afetivo que pudesse dar uma amarração simbólica à experiência vivida, permitindo que algum sentido pudesse ser compartilhado. O processo analítico como espaço para a regressão do paciente será o lugar da construção a dois desse sentido, espaço da intercorporeidade (COELHO JÚNIOR, 2012) e para tal a capacidade empática do analista é determinante. Este é o tema a ser desenvolvido a seguir.

5.3

A empatia analítica

A confiabilidade do analista é a base para que ocorra a superação das resistências e o processo analítico possa se aprofundar, indo ao encontro da criança traumatizada que continua a viver no paciente. O analista é parte do *setting* confiável que permite a regressão na situação analítica. Esta entrega só se concretiza de modo mais efetivo por meio de uma atitude empática por parte do analista. Isto é, de uma disponibilidade psíquica, afetiva e emocional que permite

que ele entre em contato, sinta dentro de si com o outro, certas emoções fugidias, pensamentos não expressos e tendências inconscientes no seu paciente, ou em outros termos, conforme Bolognini (apud Rocha Barros, 2009, p. 10, grifado no original) “é o resultado de uma experiência de contato emocional efetivo *propiciador de uma clareza representacional*, comum a dois”.

Mas, junto à empatia, cabe também ao analista perceber o momento e a forma adequada para se comunicar com seu paciente, de tal maneira que este contato abra caminho para elaborações e não para a formação de mais resistências, de modo que estas últimas possam ser superadas. O tato é esta habilidade ou faculdade da empatia. Ambas ajudam a criar e sustentar a confiança do paciente no analista e no processo analítico. O analista compreende, acolhe e sustenta o processo como um todo, oferece um lugar, um espaço intersubjetivo, no qual afeta e é afetado. Espaço de reciprocidade permanente. Esse processo é possível através da capacidade do analista de controlar sua contratransferência, ou seja, seu narcisismo e suas reações afetivas. Controlar não significa impedir, mas ter certo domínio sobre estas reações, entrar em contato com elas e poder dispor delas em benefício do tratamento. E, mais uma vez, foi Ferenczi o primeiro a chamar nossa atenção para algo diretamente ligado a estes fenômenos e não tratado até então em psicanálise: a metapsicologia dos processos psíquicos do analista.

Na verdade, desde o início de sua investigação teórico-clínica, Ferenczi se mostra encantado com o fenômeno da transferência. Por isso demonstra sua preocupação com a técnica analítica e com as possíveis intervenções terapêuticas que permitissem acessar camadas mais profundas da mente do paciente. Na teorização de Ferenczi, como comenta Kupermann (2009), o conceito de empatia foi realçado como um dos princípios para a ética do cuidado em psicanálise por se caracterizar como um instrumento importante para a clínica, a fim de que possa haver “a apreciação *consciente* da situação dinâmica” (FERENCZI, 1928/1992, p.36, grifado no original).

O projeto clínico empreendido por Ferenczi ao final dos anos vinte, conforme assinala Kupermann (2009), passava a se definir pelo resgate da dimensão sensível do encontro terapêutico, atribuindo uma maior importância à qualidade dos afetos que circulam entre analista e analisando. Como explica o autor, “a empatia está referida à capacidade de se deixar afetar pelo sofrimento do

outro, e também à capacidade de afetá-lo a partir das próprias experiências de convicção” (KUPERMANN, 2009, p.203).

Muitos outros autores, dentre eles Ogden (2006), Bolognini (2008), Coelho Junior (2010) e Souza (2012), têm abordado a temática da empatia por diferentes enfoques, o que permite a ampliação e o aprofundamento das reflexões a respeito deste tema que tem, por base, uma perspectiva intersubjetiva. Tal dimensão, como sabemos, foi mais desenvolvida primeiramente por Ferenczi a partir de sua experiência com pacientes dito “difíceis”, que não podiam se beneficiar da aplicação estrita do método de associação livre.

Souza (2012) desenvolve sua argumentação sobre este tema inicialmente lembrando que, na perspectiva freudiana, esta noção “é concebida como a faculdade de se colocar no lugar do outro, mas apenas no que diz respeito à representação consciente que o outro tem de si mesmo via introspecção; uma empatia sempre ego sintônica, nunca ego distônica” (SOUZA, 2012, p. 236). Além disso, assinala que Freud foi fiel à sua tradição, baseada em uma perspectiva sujeito-objeto e nunca por uma perspectiva intersubjetiva do psiquismo. Esta, sim, permitirá alargar a ação da empatia para abranger a empatia inconsciente. Apesar de Freud ter mencionado sobre a comunicação entre inconscientes, nunca chegou a desenvolvê-la (SOUZA, 201).

Souza (2012) comenta, ainda, que o papel da empatia é um tema que possivelmente tenha sido discutido por autores contemporâneos a Freud, como Deutsch (1926), por exemplo, e por autores pós-freudianos. No entanto, o autor considera que foi somente a partir das modificações da metapsicologia ocasionadas pela valorização das relações intersubjetivas na constituição do psiquismo, - desenvolvidas através das concepções de Balint a respeito do amor primário e da falha básica, e de Winnicott a partir do *holding* e da identificação primária - que o conceito de empatia pôde ser ampliado e abranger a noção de inconsciente.

Ambos os autores, Balint e Winnicott, chamam atenção para a importância da empatia materna para que as necessidades do bebê sejam reconhecidas, de forma a evitar que ocorram falhas que levem ao desenvolvimento de psicopatologias psicóticas e *borderline*. As pesquisas sobre o psiquismo anterior à capacidade representacional ganharam vigor a partir do desenvolvimento teórico destes autores. Este campo de estudo é delineado por Freud, com base nas

considerações elaboradas pela introdução da segunda tópica, como assinala Souza (2012) e, segundo Coelho Júnior (2010, apud SOUZA, 2012):

As moções pulsionais do id, em sua corporeidade pré-representacional somente encontrarão sua expressividade representacional por meio dos processos de ligação e simbolização que se estabelecem em suas relações com o ego, nas quais as experiências traumáticas além do princípio do prazer podem, ou não, encontrar inscrição no inconsciente dinâmico da primeira tópica regido pelo domínio do princípio do prazer (COELHO JÚNIOR, 2010, apud SOUZA, 2012, p. 238).

Souza (2012) enfatiza que, somente após os trabalhos de Melanie Klein sobre o papel do objeto bom nos processos de ligação e simbolização, podemos delinear de forma mais próxima uma perspectiva intersubjetiva sobre estes processos, pois Freud se atém apenas às relações entre o ego e o id, dentro dos limites intrapsíquicos, portanto.

Assim, o papel do objeto intersubjetivo nos processos de simbolização das moções pulsionais do id e seus encontros traumáticos com o ambiente são elaborados, na concepção de Winnicott, por exemplo, a partir da noção de *holding* e da criação primária e, na perspectiva de Bion, através da noção de continente-conteúdo. Souza (2012) lembra ainda que nesta última, a recepção das emoções relacionadas às vivências desprazerosas se efetua por meio da identificação projetiva; ao passo que, na concepção de Winnicott, a recepção se efetua na capacidade ampliada de prever e proteger inerente ao estado de preocupação materna primária, e que faz com que ela surja neste solo de comunicação empática pré-representacional.

Ao pensar sobre a aplicação destas reflexões teóricas para a clínica das cisões, Souza (2012) afirma que a parte da transferência que entranha a compulsão à repetição será dominada por angústias de aniquilamento e angústias esquizoparanóides. Temática presentes nas reflexões de Ogden (2006), que procura explorar a diferenciação entre *holding* e continente-conteúdo através de exemplos clínicos. Com relação ao movimento empático pela via do *holding*, foi oferecida uma sintonização que permite transformar intersubjetividade intrusiva em intersubjetividade pré-subjetiva, através de uma regressão para uma experiência de indiferenciação eu-não eu. A empatia se dá por via corpórea, pois nesse momento ainda não é feita uma interpretação, lembrando, aqui, que, para Winnicott, esse processo é desenvolvido aos poucos, inclusive pela via da auto-interpretção.

Trata-se de conter angústias sem transformá-las em material representacional de forma precipitada, mas como algo que será posteriormente transformado pelo próprio paciente, em um processo no qual o *holding* se desdobra em funções cuja maior finalidade é oferecer a base a partir da qual as diferenciações intrapsíquicas serão feitas.

Quanto ao plano do intrapsiquismo intersubjetivo, também empregado por Ogden (2006), o papel da análise da contratransferência na formação das interpretações se torna fundamental, observa Souza (2012). A interpretação provoca um avessamento do continente patológico em conteúdo passível de ser pensado e sonhado em coautoria com o analista. Souza (2012) considera que ambas estas formas de sintonia empática, seja a sintonia afetiva, seja a interpretação contratransferencial, exigem um trabalho interno permanente do analista (sua disponibilidade de identificação narcísica com seu analisando), o que o deixa exposto a emoções primitivas de natureza intrusiva, confusional ou de vazio existencial, e que demandam dele uma capacidade para elaborá-las com base em sua análise pessoal. Além disso, o autor considera ainda que ambas as formas de empatia são fundamentais. O *holding* empático permite que a interpretação, elemento também importante no processo analítico para a elaboração, possa ser sentida pelo paciente como parte do *holding*.

Como vimos através destas reflexões, a empatia pressupõe que o analista esteja em sintonia com o estado psíquico e emocional do paciente, transformando-se em um instrumento fundamental para o tratamento de indivíduos traumatizados, que não conseguem acessar representações pela via da memória. Através da empatia analítica, os estados afetivos expressos pela própria atmosfera que povoa a sessão podem ser captados. A partir das considerações também apontadas por Ferenczi, não há simetria entre os dois, paciente e analista. E é justamente isso que possibilita ao analista fornecer ao seu paciente um conhecimento que ele não possui dele mesmo. O sentir e o pensar estão o tempo todo em funcionamento acessando afetos, sexualidade, agressividade, dor, ternura, alegria que devem poder ser sentidos, comunicados e vividos simbolicamente, observa Bolognini (2008).

Aproximando-se ao seu modo desta perspectiva, Ogden (2003) considera que o analista tem uma dupla tarefa, ou seja, ser receptivo às comunicações conscientes e inconscientes do paciente e, ao mesmo tempo, escutar a si mesmo.

Para tal, é necessário que seja construído e elaborado um “terceiro analítico” intersubjetivo, quando o analista se utiliza predominantemente de seus devaneios como principal forma de receptividade para aquilo que se passa na experiência analítica nos planos intrapsíquico e interpessoal, tanto a nível consciente como inconsciente. Este conceito foi elaborado pelo autor, tendo por referência as construções teóricas de Freud, Winnicott e Bion. O terceiro analítico intersubjetivo, segundo Ogden (2003), situa-se numa tensão dialética entre o analista e o analisando, enquanto indivíduos separados, que têm subjetividades próprias. Essa experiência é elaborada por ambos, mas de forma assimétrica. Esta assimetria se deve a duas razões. A primeira, pela maneira como cada um contribui para esta construção; a segunda se refere às condições pelas quais cada um participa dela. Estas condições são representadas pela personalidade de cada um, pela forma de organização psicológica que lhes é própria, suas histórias e conjunto de experiências de vida, pelo modo de organizar e viver suas sensações corporais, etc.

São diversas as formas de experiência ligadas ao terceiro analítico, entendido por Ogden (2003) como terceiro sujeito inconsciente. Dentre elas destacam-se pensamentos, sentimentos, sensações, fantasias, comportamentos que ocorrem quando o analista cria condições para que esta experiência intersubjetiva, composta de diversas camadas e facetas e em contínuo movimento, possa ser construída. Além de permitir sua construção, o analista deve também associá-la a palavras e falar dela ao analisando. O autor lembra que se trata de um processo de difícil elaboração e realização, que exigirá, por exemplo, por parte do analista, viver transformações em sua própria personalidade a partir da identificação projetiva. A identificação projetiva é um processo intrapsíquico e interpessoal que faz intervir narrativas inconscientes (principalmente simbolizadas de maneira não-verbal) associadas ao fantasma de evacuar uma parte de si mesmo na outra pessoa:

O aspecto interpessoal da identificação projetiva está ligado a uma transformação da subjetividade do destinatário, de tal maneira que o “eu” separado de o “outro enquanto sujeito” é invertido (durante um certo tempo, até um certo ponto): “Você [o “destinatário” da identificação projetiva] sou eu [aquele que proteja] na medida em que tenho necessidade de me servir de você para ter a experiência, através de você, daquilo que eu próprio não consigo vivenciar. Você não sou eu na medida em que preciso renunciar a um aspecto de mim próprio e, em imaginação, esconder-me (disfarçado de não-eu) em você”. O destinatário da identificação projetiva participa, portanto, na negação de si mesmo enquanto

sujeito separado, criando assim um “espaço psicológico” nele que deve ser (em imaginação inconsciente) ocupado (possuído) por aquele que projeta (OGDEN, 2003, p. 162).

Através desse processo inconsciente de negação de si, o analisando torna-se outro-para-si mesmo e em parte um ser inconsciente no exterior de si mesmo, que é simultaneamente eu e não-eu. Nesse processo de “indiferenciação”, parte da subjetividade do paciente é transferida para o analista, que permite, cede lugar para o aspecto da subjetividade daquele que projeta. De alguma forma, ambos se abandonam e se entregam para que o terceiro analítico emergja. Ambos o engendram mutuamente e cabe ao analista reconhecer a individualidade do seu paciente, assim como ter consciência de sua própria. Assim, o analista poderá construir interpretações precisas e empáticas a partir da transferência e da contratransferência. Da mesma forma, o paciente poderá reconhecer sua própria individualidade como separada do analista e fazer uso das interpretações decorrentes desta experiência regressiva.

Lidar com esse processo exige do analista a capacidade de fazer uso de seus devaneios em contato permanente com o seu inconsciente e o de seu analisando. Todavia, nos parece que a consciência tem um papel importante no processo interno do analista, no que ele se mantém separado ao mesmo tempo em que está em estado de união com o psiquismo do paciente, e poder *transitar* e se manter psiquicamente flexível para manejar esse vínculo intersubjetivo. Esta experiência paradoxal está relacionada ao que Winnicott chamou de fenômenos transicionais, tema que será elaborado na sequência.

5.4

Realização Simbólica e Transicionalidade

Desde os primeiros tempos de vida o bebê está em relação com seu ambiente em continuidade com a experiência de estado de união no útero materno. O desenvolvimento inicial é marcadamente relacional, mas tem características muito específicas que Winnicott descreve, com sensibilidade clínica e estética, tendo como referência, o ponto de vista do bebê. O ambiente precisa oferecer as condições para que esse estado de união (bebê-mãe-ambiente) seja mantido, e somente aos poucos a separação possa ocorrer. O nascimento psíquico se efetua a

partir de um processo que pode ser resumido pela expressão “uma sutileza quase infinita no manejo que a mãe faz de seu bebê” (WINNICOTT, 1969/1994, p.195).

O cuidado materno propicia ao bebê viver a experiência de um mundo subjetivo, protegido de qualquer invasão da realidade externa, que ele ainda não tem condições de assimilar, sendo necessário que o ambiente se adapte a ele para que o sentido de realidade e de externalidade sejam adquiridos. Em seu início, portanto, o bebê precisa receber as condições ambientais de tranquilidade e descanso para que ele possa criar seu refúgio sagrado, seu mundo subjetivo, que permite o contato com a vida imaginativa. Todas as etapas subsequentes desse processo de aquisição de sentidos de realidade, de “mundos infinitos” em direção ao sentido de realidade compartilhada dependem desta experiência inicial.

Como forma de satisfação, erógena e de estado tranquilo de união, o bebê leva o dedo polegar, o punho à boca e na sequência, após alguns meses, escolhe um objeto (fralda, um ursinho) como primeira posse ou objeto não-eu. O valor desta primeira posse é imenso. Não se trata por enquanto de tornar real um símbolo, como na realização simbólica, mas de tornar real uma alucinação nessa fase inicial da primeira infância. Estas descrições aparentemente simples são, na verdade, parte de um tema extremamente complexo da relação da mãe-ambiente com seu bebê, num processo de influência mútua. Para Winnicott,

A mãe está capacitando o bebê a ter a ilusão de que os objetos da realidade externa podem ser reais para ele, isto é, que eles podem ser alucinações, uma vez que são apenas estas que são sentidas como reais. Se se quer que um objeto externo pareça real, então o relacionamento com ele tem de ser o relacionamento que se tem com uma alucinação (WINNICOTT, 1959/1994, p. 44).

A capacidade de simbolização depende do transcurso de determinados processos no decorrer do desenvolvimento emocional; é, portanto, uma conquista que decorre de certas condições relativas aos fenômenos ligados à transicionalidade. O bebê precisa encontrar na realidade o seio que alucinou para poder, no decorrer de seu amadurecimento, vir a reconhecer o objeto como não-eu, o que lhe possibilita criar, imaginar e um objeto e se relacionar com ele. Winnicott em *O brincar e a realidade* (1971/1975) comenta sobre a relação entre o objeto transicional e o simbolismo, afirmando que “quando o simbolismo é empregado, o bebê já distingue fantasia e fato, entre objetos internos e objetos externos, entre criatividade primária e percepção” (ibidem, p.19). O objeto transicional abre

campo para o processo de separação, de aceitação da diferença e da similaridade, da capacidade de simbolização.

Como vimos no segundo capítulo, o psicanalista britânico foi um dos autores que se preocupou em descrever as etapas do processo de maturação, um dos focos principais de sua teoria. Sua atividade como pediatra, psiquiatra e psicanalista o ajudou a perceber certos fenômenos clínicos por uma perspectiva humanizada e pragmática, que reconhecia o desenvolvimento como uma tendência natural. Winnicott enfatiza a importância do cuidado, do asseguramento, do contato corporal e afetivo que se expressa principalmente através dos gestos, do toque e das sensações prazerosas de aconchego que permitem ao bebê se manter em uma linha de continuidade, a qual tem seu início nos primeiros momentos de vida no útero, e após o nascimento nos braços maternos que sustentam a experiência de ser.

Mello Filho (1989) nos ajuda a assinalar o enfoque dado por Winnicott à intensa interação que ocorre mesmo antes do nascimento e influencia no desenvolvimento emocional ao citar um trecho do trabalho de Winnicott de 1944, escrito para mães, cujas descrições antecipam em décadas o que foi confirmado pelos estudos mais recentes sobre a comunicação mãe-bebê. Esta passagem ilustra bem a questão:

[O bebê] Compartilhou de suas refeições. Seu sangue fluía com maior rapidez quando você bebia uma xícara de café pela manhã, ou quando você corria para pegar um ônibus. Até certo ponto, ele deve ter aprendido quando você estava ansiosa ou agitada, ou zangada. Se você esteve inquieta, ele acostumou-se ao seu movimento, e ele pode esperar se sacudindo sobre seus joelhos ou embalando em seu berço. Se, por outro lado, você é do tipo calmo, ele terá conhecido a paz, e poderá esperar, nesse caso, um colo tranquilo e aconchegado, e uns passeios calmos em seu carrinho (WINNICOTT, 1944 apud MELLO FILHO, 1989, p. 32).

Esta interação continuada após o nascimento permite que a linha de continuidade da experiência de ser se estenda ao longo do tempo em consonância com o atendimento oferecido pelo ambiente inicial, representado pela mãe *suficientemente boa*. A sensibilidade exacerbada é a principal característica do estado de preocupação *materna primária*, que a torna capaz de pressentir as necessidades de seu bebê por estar profundamente identificada com ele. Cuidado, neste contexto, significa adaptação através desta atitude empática por parte da mãe que oferece o que o seu bebê precisa e no momento em que ele precisa. A

mãe se prepara para este estado durante a gestação. As mudanças corporais, psíquicas e emocionais ocorrem durante este tempo e, de tal forma, que, após o nascimento, e nos primeiros meses subsequentes, sua atenção se volta para as necessidades do bebê e lhe permite essa adaptação quase perfeita.

Mello Filho (1989) lembra que para Winnicott, o bebê possui tendências inatas de desenvolvimento, de motilidade e de sensibilidade derivadas de pulsões instintuais. Há de início, um ego incipiente e despreparado para lidar com as demandas do id e, devido à sua fragilidade psicobiológica inicial, ele se mostra absolutamente dependente do cuidado materno, que procura manter a situação ambiental mais próxima possível da condição intrauterina. “O bebê funciona logo após o nascimento como se fosse um somatório de partes físicas e psíquicas não integradas, necessitando do contato com a mãe para, aos poucos, adquirir a noção de ser um todo unitário e coeso” (MELLO FILHO, 1989, p.33). Apesar da tendência para a integração, ela só é possível através do *holding* materno. Viver estados não-integrados, como a experiência do sono, do descanso, não significa uma ameaça, pois o senso de segurança é dado pela mãe-ambiente. Uma não-integração pode ocorrer, mas o cuidado continuado possibilita uma reintegração, impedindo a formação de ansiedades ou mesmo angústia indizíveis causadas pela vivência de sentir-se caindo em pedaços nos estados de desintegração.

A sensação de ser uno e coeso depende da vivência de estar uno com o ambiente, representado pelo objeto primário. Assim, o estado de fusão inicial com a mãe é determinante para a vida emocional do ser em desenvolvimento. Viver esta experiência é o que possibilita ao bebê poder seguir em seu desenvolvimento no sentido de uma coesão própria. Esta unicidade depende do olhar da mãe para seu bebê, pois ela precisa ter a criança na mente como uma pessoa completa e poder expressar esta percepção através de seu olhar e de seu cuidado.

Winnicott lembra, em seu trabalho de 1970 “Sobre as bases para o self no corpo”, que “a base para o que eu chamo de personalização, ou a ausência de uma tendência especial à despersonalização, começa antes mesmo do nascimento da criança” (1970/1994, p. 205). O autor inglês quer enfatizar que o envolvimento emocional do ambiente em relação ao bebê é certamente muitíssimo significativo e determinante para a capacidade do bebê de vir a poder se sentir em contato com o próprio corpo, uma vez que a criança tem de ser sustentada por pessoas cujo envolvimento emocional precisa ser levado em conta.

O começo daquela parte do desenvolvimento do bebê, que estou chamando de personalização, ou que pode ser descrita como uma habitação da psique no soma, tem de ser encontrado na capacidade da mãe ou a figura materna tenham de juntar o seu envolvimento emocional, que originalmente é físico e fisiológico (WINNICOTT, 1970/1994, p.205).

O *holding* tem por base o amor incondicional demonstrado através do cuidado físico e corporal que protege e mantém a coesão somatopsíquica. Winnicott descreve neste trabalho que a personalização independe em grande parte das condições meramente físicas, como nos casos de deficiência, mas, antes de tudo, da possibilidade de coesão entre a psique e o corpo proporcionada pela experiência de se sentir cuidado por seu objeto primário. Em “O desenvolvimento emocional primitivo” (1945) o autor cita alguns exemplos de pacientes que por vivências traumáticas em seu desenvolvimento emocional, não haviam conquistado este estágio.

Sua personalidade não era sentida como localizada no corpo, que por sua vez parecia uma máquina complexa que ela tinha de operar com habilidade e cuidado conscientes. Outra paciente vivia, às vezes, numa caixa uns dez metros acima, conectada ao seu corpo unicamente por um frágil fio (WINNICOTT, 1945/2000, p. 223).

A próxima conquista é chamada por Winnicott de realização, e tem por base o relacionamento primário com a realidade externa. O autor acredita que a adaptação à realidade depende de um processo ligado a uma vivência entre a mãe e seu bebê que tem como protótipo a experiência da amamentação. Vale mencionar esse trecho em que Winnicott diz:

Imagino esse processo como se duas linhas viessem de direções opostas, podendo aproximar-se uma da outra. Se elas se superpõem, ocorre um *momento de ilusão* – uma partícula de experiência que o bebê pode considerar ou como uma alucinação sua, *ou* como um objeto pertencente à realidade externa (WINNICOTT, 1945/2000, p. 227).

O bebê vem ao seio quando faminto e pronto para alucinar alguma coisa e nesse momento a mãe oferece o seio. A repetição dessa experiência o faz sentir-se capaz de conjurar aquilo que de fato está ao seu alcance, pois pela perspectiva do bebê ele criou o seio. Esse momento do encontro é sutil e cheio de significações para Winnicott. O bebê cria, mas ao mesmo tempo o seio precisa ser encontrado na realidade. Nesse sentido, o impacto total da fantasia pode ser tolerado somente quando a realidade externa é suficientemente levada em conta, ou seja, quando a

mãe providencia as condições para que seu bebê encontre o que ele criou (WINNICOTT, 1945).

Na continuidade de sua argumentação, o autor inglês diferencia devaneio de fantasia. O primeiro é criado como forma de lidar com as frustrações da realidade externa, enquanto que a fantasia é, no seu entender, mais primária que a realidade e precisa ser enriquecida pela mesma, através das experiências de ilusão. O ambiente, o objeto primário, precisa oferecer aquilo que ao mesmo tempo é criado pelo bebê. A experiência de ilusão é construída pelo bebê, mas com base na realidade que é oferecida pela mãe. Esta experiência de encontro entre o que é criado no mundo interno e o que a realidade externa oferece é um divisor de águas para a experiência emocional, pois a partir dela é criado um espaço em que ambas as realidades se encontram, ou seja, a realidade interna e a realidade externa, separando assim o interior do exterior. Este espaço é chamado por Winnicott de espaço potencial ou de área intermediária entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido. A partir da criação deste espaço potencial, pode se constituir a separação eu/não-eu e a criatividade.

Abram (2000) observa que ao dar início à divisão eu e não-eu, abandonando o estágio de dependência absoluta para ingressar no estágio de dependência relativa, o bebê faz uso do objeto transicional, que pode ser um ursinho, ou qualquer outro objeto. Esta transição necessária ao desenvolvimento conduz ao uso da ilusão, ao uso dos símbolos e ao uso de um objeto.

O desenvolvimento da capacidade simbólica é o que permite a criação, a possibilidade de utilizar a linguagem verbal, a formação das imagens oníricas, a linguagem dos jogos e qualquer tipo de expressão de algo que possa ter um sentido compartilhável. O símbolo é uma representação, cujo sentido ou significado está implícito. Dias (2012) lembra que a realidade e o caráter simbólico do objeto transicional dependem da vivacidade e da confiabilidade do objeto subjetivo que, por sua vez, depende da permanência e da vitalidade do objeto externo.

Dando continuidade ao tema da empatia na teoria winnicottiana, vale mencionar o que o autor procura destacar com relação à importância da mãe se dispor a tolerar a ausência de compaixão por parte de seu bebê, expressa em diversos momentos, através de brincadeiras e das trocas: o que o bebê precisa é que sua mãe se mantenha viva e presente, que não retalie.

O estágio de concernimento é uma conquista que depende da qualidade da relação construída com o objeto. O bebê passa a sentir as consequências de seus impulsos. As frustrações, decorrentes da falta de empatia por parte do objeto, geram consequências para o desenvolvimento emocional. Apesar de nessa fase a dependência não ser mais absoluta, já que as falhas maternas podem ser de alguma forma elaboradas pelo bebê, isso não significa que a complexidade envolvida neste momento de seu amadurecimento deva ser ignorada. Em seus trabalhos sobre este tema, chamado por Winnicott de estágio da preocupação ou concernimento, o autor procura diferenciá-lo da leitura feita por Klein sobre a posição depressiva.

Diferentemente do ponto de vista kleiniano com relação ao amor cruel e a agressão primária, Winnicott desloca a ênfase para a função do ambiente facilitador que possibilite transformar a crueldade em preocupação. Para a capacidade de sentir remorso se constitua, o bebê já deverá ver sua mãe como um outro, como alguém separado dele e ter, como pessoa total, a capacidade de se identificar com ela para poder repará-la. Este é o círculo benigno, pois esse sentimento de culpa não é paralisante, mas fonte sadia para outras dinâmicas relacionais, que também levarão o bebê a experimentar sentimentos ambíguos em relação à mesma pessoa. A preocupação é tolerável para o bebê e desejável para seu desenvolvimento emocional e integração psíquica.

Quando um padrão de falhas ambientais se estabelece, no início do desenvolvimento emocional, há a perda do objeto subjetivo, “uma grande catástrofe”, lembra Dias (2012). O bebê é tomado por angústias impensáveis que rompem com a continuidade da experiência de ser e, tal como nas descrições de Renée, paciente tratada por Sechehaye, “a sensação de imensidade sem limites... e o sentimento de angústia muito forte, medo” (SECHEHAYE, 1950, p. 30) tomam conta. A perda do amor da mãe levou esta paciente ao que Winnicott descreve por desintegração psíquica, caracterizada pela vivência de angústias inomináveis. Em seu livro *Memórias de uma Esquizofrênica* (1950), Sechehaye apresenta a trajetória deste tratamento, de como foi ao encontro das necessidades da paciente, contribuindo para que ela começasse a fazer uso do objeto e de símbolos, através dos objetos reais com os quais a paciente interagiu no decorrer das sessões, o que veio a compensar a falha do ambiente inicial. A autora reconhece o valor das realizações simbólicas para os mecanismos formadores do eu e o papel das

frustrações na sua desagregação. Impulsionada pela necessidade vital que pedia satisfação, comenta a autora, Renée nunca na vida pôde adaptar-se à realidade. Assim, desde a aproximação da idade adulta não pôde aceitar a complexidade do mundo exterior e voltou a um estado infantil, do seu desenvolvimento, como medida defensiva extrema.

A realização simbólica, ou seja, o encontro na realidade com o que foi criado imaginativamente ou alucinado, representa dar sentido através da realidade externa à realidade interna e assim poder compartilhar algo com o mundo exterior. A perda do objeto subjetivo leva, em outros termos, à sensação de cair para sempre, cair num vazio sem fim e fazer-se em pedaços, como Winnicott descreveu, e ser jogado na imensidão do excesso de realidade decorrente da perda da continuidade e segurança. Estas são a base para a ilusão. Este excesso de realidade, chamado por Renée em seu diário de “país da clareza”, levou-a a sentir necessidade de se refugiar na loucura para poder escapar do medo profundo. Renée não poderia se refugiar em seu mundo subjetivo, buscando ali forças para enfrentar a realidade, pois este mundo não chegou propriamente a ser construído na relação com seu objeto primário. Somente através da regressão vivida no tratamento analítico, retornando à fase de dependência absoluta, Renée pôde constituir um eu integrado, sentir-se real e aceitar a realidade externa.

Aqui apresentamos resumidamente esse processo que oscilou em diversas fases até a paciente poder sair de seu estado profundamente regredido. De qualquer forma, acreditamos que, através dele, fica evidente, tal como demonstrado por Winnicott, que para poder simbolizar é necessário que o gesto do bebê se faça real pela resposta dada pela mãe. Ela precisa acolher o gesto espontâneo do seu bebê para que os sentidos possam vir a se constituir. Construir sentidos depende prioritariamente da forma de relação com o objeto primário ou também da qualidade de relação com o analista.

Considerações finais

A leitura e a análise das diferentes abordagens sobre o sofrimento psíquico aqui trabalhadas nos permitiram constatar que o conceito de trauma nunca foi uma noção unívoca, nem mesmo na teorização de Freud. O ponto que queremos destacar não parte da constatação óbvia de que essas reformulações, deslocamentos e revisões na teorização freudiana seriam decorrentes do fato de o autor estar olhando para seu objeto de investigação ao mesmo tempo em que estava construindo os meios e instrumentos adequados para tal fim, estar em movimento de elaboração de sua teoria, o que por si mesmo é desejável e, até mesmo necessário, e, sem dúvida, extremamente complexo. O que queremos ressaltar é que tal aprofundamento no estudo e investigação do psiquismo, de seu funcionamento e dos processos defensivos ocorreu sem ter em plena consideração a influência do ambiente, ou seja, do objeto externo, inclusive na construção das fantasias e na possibilidade de contenção e elaboração dos excessos geradores de traumas. Este tema, apesar de ter sido mencionado pelo pai da psicanálise em um momento ou outro, não foi elaborado em sua teoria de forma profunda. Paradoxalmente, Freud foi sensível na compreensão dos movimentos na brincadeira de seu neto com o carretel como tentativa de elaborar a ausência da mãe, depreendendo-se daí a importância do símbolo e do brincar para poder superar a ausência do objeto. Apesar de reconhecer a importância do objeto, principalmente, da necessidade de proteção nos primeiros anos de vida, deixou aos seus herdeiros esse campo rico de estudo. Da mesma forma, podemos lembrar que Freud, a partir da experiência na transferência, chegou a mencionar sobre a comunicação entre inconscientes, mas não pôde ir além em seu estudo. Ferenczi também se interessou por este tema, que tem, cada vez mais, merecido atenção no meio analítico.

Freud, era um homem da ciência, engajado num ideal científico positivista não pôde apreender o fato de que o processo intelectual por ele empreendido em “A interpretação dos sonhos” (1900), inaugurava uma nova abordagem de conhecimento, como observa Botella (2003).

Estas constatações nos fazem pensar que muitas experiências vividas na clínica precisaram de tempo para poderem ser elaboradas teoricamente. Os fenômenos clínicos precisam de tempo para serem metabolizados ou assimilados pela teoria que está em constante movimento e que sofre também desvios e rupturas.

A ênfase na dimensão intrapsíquica, nos parece que foi tributária do enfoque dado à fantasia e do deslocamento da teoria do trauma para a teoria da pulsão, levando Freud a não focar de forma mais rigorosa todo um campo de estudo. Quais seriam suas motivações para se ater com exclusividade praticamente durante tanto tempo à dimensão pulsional? É certo que a partir dos anos vinte sua perspectiva foi se modificando e se ampliando. Freud não se aprofundou no estudo dos traumatismos precoces, apenas apontou para tal perspectiva.

Ferenczi, se dispôs a tratar a criança traumatizada no adulto. Somente com esta perspectiva pôde ser elaborado o conceito de regressão por uma via terapêutica em psicanálise. O que nos parece é que Ferenczi abriu portas que Freud preferiu manter fechadas. Por que razão? Foi uma escolha consciente de Freud? Cada leitor pode construir sua leitura destes acontecimentos, sem deixar, no entanto, de levar em conta o efeito das elaborações de Ferenczi expostas no meio analítico em 1932.

Como vimos no terceiro capítulo, o conceito de regressão na teoria de Freud sofreu diversas mudanças, tornando-se difícil precisar um sentido específico. Em seu início, a regressão estava relacionada ao estudo do sonho, mas com o tempo. Freud acabou por desviar seu foco metapsicológico para a regressão libidinal, como vimos anteriormente.

Podemos observar na análise desse percurso, conforme Botella (2003), que as explicações acabaram por se reduzir à noção de representação e sua psicopatologia. O autor italiano propõe que se repense esse caminho e assinala a necessidade de se reunificar a teoria analítica com a metapsicologia do sonho (ou de 1900), a fim de se poder expandir a investigação analítica para além da via representacional, frente as características da clínica atual que exige poder se transpor os limites da representação.

Trauma e regressão devem ser estudados a partir de uma ótica que leve em consideração que o objeto de estudo da psicanálise é o inconsciente, como

observa Botella (2003). Este autor lembra ainda que na experiência da sessão participam os dois inconscientes, o do analista e o do analisando, ou seja, “o que organiza uma unidade profunda entre o instrumento de observação (o psiquismo do analista), o objeto de estudo (o psiquismo do paciente), e a relação recíproca entre os dois, funcionando ambos em estado de regressão; é esse conjunto que forma o verdadeiro objeto de estudo da psicanálise” (BOTELLA, 2003, p.425).

Trauma e regressão são temas que se entrelaçam na perspectiva terapêutica desenvolvida por Ferenczi e pelos autores das Relações Objetais Precoces. Dentre esses autores, destacamos Winnicott e Balint – que, na esteira das ideias ferenczianas, tomaram a relação sujeito-objeto como base para a compreensão dos processos de estruturação e desestruturação subjetiva. Nessa relação a noção de trauma é tomada em sua radicalidade e de forma mais ampla e aprofundada, principalmente na referência aos traumatismos precoces.

Ferenczi aborda questões fundamentais para a clínica, tal como a atitude necessária por parte do analista de oscilar entre o *sentir com*, a auto-observação e a atividade de julgamento, três eixos que passam a permear o trabalho analítico, pautado, sobretudo, pelo único imperativo que orienta sua teoria, como menciona Freire (1995), o imperativo ético. O que está em questão é também o trabalho interno por parte do analista, o que o tira de qualquer zona de conforto, por ser necessária sua implicação no processo, nos rumos que ele precisa tomar. Assim, o manejo da transferência-contratransferência torna-se a referência central da investigação clínica e teórica de Ferenczi. A experiência de mutualidade decorre de sua percepção da necessidade de uma atitude sincera por parte do analista para que esse processo de aprofundamento se tornasse possível, assim como para evitar que o paciente o colocasse numa posição idealizada. O autor reconhece o necessário limite e prudência quanto à disponibilidade, pois em caso de excesso, torna-se prejudicial ao tratamento.

Balint também contribuiu para a compreensão do trauma gerado pela falha ambiental em não propiciar as condições necessárias para o desenvolvimento psíquico. Este autor distingue esta condição daquelas formuladas por Freud a respeito das necessidades pulsionais geradoras de conflitos. Através de seu conceito explicativo, a falha básica, procura compreender as neuroses, as psicoses, os transtornos de caráter, assim como as doenças psicossomáticas e mesmo diversas doenças clínicas como sintomas de uma mesma etiologia, que envolve

uma discrepância nas fases formativas precoces do indivíduo. A partir destas considerações, Balint procurou aprofundar seu estudo e investigação clínica no sentido de buscar o tratamento adequado a cada paciente. O conceito terapêutico de novo começo refere-se, em última análise, a todos aqueles processos que podem ser observados na eliminação ou desativação das condições patogênicas, isto é, na resolução da falha básica.

Além da falha básica, Balint formula também a área da criação, descrita pela necessidade do sujeito de produzir algo por ele mesmo. Se, as outras áreas da mente se caracterizam pela presença do objeto, esta, se define por sua ausência ou por uma interação muito primitiva e não organizada. O autor considera que em certas fases do processo analítico e, mesmo por períodos prolongados, a interpretação interromperia a regressão, impedindo esse processo de criação, necessário e terapêutico para o paciente traumatizado. Poderíamos aqui tecer algumas relações entre esse enfoque e aquele dado por Winnicott ao jogo da espátula, a fase de hesitação, seu valor em termos de desenvolvimento psíquico, a questão do interpretar no momento adequado por parte do analista e o desenvolvimento da capacidade de ficar só. Ambos os autores se preocuparam em oferecer o tempo, o espaço e as condições formais para o paciente poder desenvolver por si mesmo um trabalho interno no sentido de criação.

A nosso ver, o que Balint e Winnicott procuraram demonstrar é que não se trata, portanto, de descrever o início da vida como uma experiência solipsista ou isolada do entorno, mas como uma experiência a princípio informe, em total mistura com o ambiente, que vai tomando forma e se definindo aos poucos. Da mesma forma, durante o processo de análise, o paciente sentirá a necessidade de retomar essa sensação de se sentir uno com o analista. Como observou Winnicott, o estado de união é o que permite a separação.

De suas considerações, também podemos destacar, quanto ao processo de regressão na análise, que não se trata apenas de uma regressão a pontos bons e maus das experiências pulsionais do sujeito, mas também da regressão a pontos bons e maus da adaptação ambiental às necessidades do ego e do id na história do indivíduo. Seu ponto de vista ressalta a importância do estudo do desenvolvimento do ego e o reconhecimento da dependência e, nesse caso, quando menciona o termo regressão, imediatamente menciona a adaptação ambiental. Ou seja, para avançar no estudo do desenvolvimento do ego é

fundamental desenvolver o interesse pelo estudo do ambiente. Portanto, acolher a necessidade de regressão de pacientes que sofreram traumas pressupõe oferecer um ambiente analítico que ofereça sustentação, continuidade e tranquilidade, tal como as técnicas de maternagem. Na concepção de Balint e Winnicott, como vimos, os detalhes ambientais e relacionais são imprescindíveis para o processo analítico e ao serem levados em conta, poderão ajudar, tanto na aceitação e assimilação das falhas do analista, como na elaboração dos sentimentos ambíguos com relação a ele. Estes sentimentos precisam ser acolhidos, pois permitirão ao paciente poder viver a experiência mutativa que a sobrevivência do objeto gera. Estes pacientes “precisam adquirir, através de nós, uma capacidade de nos usar e esta é, para eles, a tarefa analítica” (WINNICOTT, 1975f, p 130).

O que está em jogo é a destrutividade como potência criativa, desde que acolhida pelo objeto. Viver essa transicionalidade na experiência de análise pode representar um novo começo.

Referências Bibliográficas

ABRAHAM, N. & TOROK, M. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1995

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AQUINO, R. et al. **História das sociedades**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 2003.

BALINT, E. **Prefácio**. In: A Falha Básica aspectos terapêuticos da regressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BALINT, M. **A Falha básica: aspectos terapêuticos da regressão**. (1968) Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

———. **Charater analysis and new beginnings** (1932a). In: Primary love and psycho-analytic technique. New York: Liveright, 1965.

———. **On transference of emotions** (1933). In: Primary love and psycho-analytic technique. New York: Liveright, 1965.

———. **On transference and counter-transference** (1939). In: Primary love and psycho-analytic technique. New York: Liveright, 1965.

———. **Critical notes on the theory of the pregenital organization of the libido** (1935). In: Primary love and psycho-analytic technique. New York: Liveright, 1965.

———. **On love and Hate** (1951). In: Primary love and psycho-analytic technique. New York: Liveright, 1965.

———. **The final goal of psycho-analytic treatment** (1934). In: Primary love and psycho-analytic technique. (1952) New York: Liveright, 1965.

———. **Early developmental states of the ego**. (1937). In: Primary love and psycho-analytic technique. (1952) New York: Liveright, 1965.

———. **Thrills & regressions**. (1959) Maresfield Library: London, 1987.

BERNSTEIN, R. **Freud e o legado de Moisés**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

BIRMAN, J. **Fraternidades, seus destinos e impasses**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

———. **As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

———. **O Sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

BITTENCOURT, M. I. **Reflexões sobre o tempo: instrumentos para uma viagem ao ciclo vital.** Psychê, Ano IX, nº15, São Paulo, jan-jun, p. 93-104, 2005.

BOKANOWSKY, T. **Sándor Ferenczi.** São Paulo: Via Lettera, 2002

BOLOGNINI, S. **A empatia psicanalítica.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

———. **Passagens secretas - teoria e técnica da relação interpéssica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

BONAMINIO, V. **Nas margens de mundos infinitos.** Rio de Janeiro: Imago, 2011.

BORGOGNO, F. **Psicanálise como Percurso.** Rio de Janeiro: Imago, 2004.

BOTELLA, C. e S. **A pesquisa em psicanálise.** In: Psicanálise Contemporânea – Revista Francesa de Psicanálise, p.421-442. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

COELHO JÚNIOR, N.E. **A noção de objeto na psicanálise freudiana.** In: Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, 2001.

DIAS, E. **A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott.** São Paulo: DWW Editorial, 2012.

DOLTO, F. **Tudo é linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DREYFUS, S. **Freud, le trauma: culpabilité et détresse.** In : Le Traumatisme psychique. Organisation et désorganisation. Presses universitaires de France, 11-26, 2005.

DUPONT, J. **Prefácio.** In: Diário Clínico. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FÉDIDA, P. **Clínica psicanalítica – estudos.** São Paulo: Escuta, 1988.

FERENCZI, S. **O desenvolvimento do sentido de realidade (1913).** In: Obras Completas, Psicanálise II. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **A técnica psicanalítica (1918).** In: Obras Completas, Psicanálise II. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Dificuldades técnicas de um caso de histeria (1919a).** In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

———. **Fenômenos de materialização histérica (1919b).** In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

———. **Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise (1921).** In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

———. **Thalassa, ensaio sobre a teoria da genitalidade** (1924a). In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

———. **As fantasias provocadas** (1924b). In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

———. **Psicanálise dos hábitos sexuais** (1925). In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

———. **Contraindicações da técnica ativa** (1926). In: Obras Completas, Psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

———. **A elasticidade da técnica analítica** (1928a). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **A adaptação da família à criança** (1928b). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **A criança mal acolhida e sua pulsão de morte** (1929). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Princípio de relaxamento e neocatarse** (1930). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Análise de crianças com adultos** (1931). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Diário clínico** (1932a). São Paulo: Martins Fontes, 1990.

———. **Notas e fragmentos** (1932b). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Confusão de língua entre os adultos e a criança** (1933). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

———. **Reflexões sobre o trauma** (1934). In: Obras Completas, Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERRO, A. **O sonho no estado de vigília e as narrativas**. In: Psicanálise Contemporânea – Revista Francesa de Psicanálise, p. 341-355. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FIGUEIREDO, L.C. **A tradição ferencziana de Donald Winnicott: apontamentos sobre regressão terapêutica**. Revista Brasileira de Psicanálise, vol. 36, n.4, p.909-927, 2002.

———. **Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi**. São Paulo: Escuta, 1999a.

———. **As províncias da angústia (Roteiro de viagem)**. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental 2, 50-63, 1999b.

———. **As diversas faces do cuidar**. São Paulo: Escuta, 2009.

FREIRE, J. Prefácio In: **Do grito à palavra**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

FREUD, S. **As Neuropsicoses de defesa** (1894). In: ESB, v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Projeto para uma psicologia científica** (1895). In: ESB, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Rascunho H.** (1895). In: ESB, v.I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Estudos sobre a histeria** (1893-1895). In: ESB, v.II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Extratos dos documentos dirigidos a Fliess – carta 69** (1897). In: ESB, v. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Lembranças encobridoras** (1899). In: ESB, v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **A interpretação dos sonhos** (1900). In: ESB, v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** (1905). In: ESB, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos** (1909). In: ESB, v. X. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci** (1910). In: ESB, v. IX. Rio de Janeiro: Imago

———. **Totem e Tabu** (1913). In: ESB, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Introdução ao narcisismo** (1914). In: ESB, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Recordar, repetir e elaborar** (1914). In: ESB, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **A história do movimento psicanalítico** (1914-16). In: ESB, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-17). **Conferência XVII**. In: ESB, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-17). **Conferência XVIII**. In: ESB, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-17). **Conferência XXV**. In: ESB, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Luto e melancolia** (1917). In: ESB, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Da história de uma neurose infantil** (1918). In: ESB, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **O Estranho** (1919). In: ESB, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Além do princípio do prazer** (1920). In: ESB, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **O ego e o id** (1923). In: ESB, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Neurose e Psicose** (1924). In: ESB, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Um estudo autobiográfico** (1925[1924]). In: ESB v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Inibições, sintomas e ansiedade** (1926 [1925]). In: ESB, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **O Fetichismo** (1927). In: ESB, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **O mal-estar na civilização** (1930 [1929]). In: ESB, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Análise terminável e interminável** (1937a). In: ESB, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Construções em análise** (1937b). In: ESB, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Moisés e o Monoteísmo** (1939). In: ESB, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **A cisão do eu no processo de defesa** (1940a). In: ESB, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. **Esboço de psicanálise** (1940b). In: ESB, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise (1933). **Conferência XXXII**. In: ESB, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FULGENCIO, L. **A noção de trauma em Freud e Winnicott**. In: *Natureza Humana*, 6: 255-270, jul-dez., 2004.

GARCIA, C.A. & PENNA, C. M. P. **O trabalho do negativo e a transmissão psíquica**. In: Arquivos Brasileiros de Psicologia. Versão on-line. V.62, nº3, Rio de Janeiro, 2010.

———. **O trauma em André Green**. In: Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos, v.30 (2) 19-30, 2012.

GARCIA-ROZA. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

GELLY, R. **Aspectos teóricos do movimento Balint**. In: A experiência Balint-história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

GIOVACCHINI, P. (org.) **Táticas e técnicas psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GRAÑA, R. **Origens de Winnicott**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

———. **Lacan com Winnicott – espelhamento e subjetivação**. São Paulo,: Casa do Psicólogo, 2011.

GREEN, A. **O outro e a experiência de self**. In: Psicanálise: Teoria, Técnica e Casos Clínicos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

———. **O discurso vivo**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

———. **A mãe morta**. In: Sobre a loucura pessoal. Rio de Janeiro: Imago, 1988a.

———. **O espaço potencial na psicanálise**. In: Sobre a loucura pessoal. Rio de Janeiro: Imago, 1988b.

———. **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

GURFINKEL, D. **Do sonho ao trauma: psicossoma e adicções**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

HANDKE, P. **Canção da Infância** in WENDERS, W. & DAUMAN, A. Asas do desejo. Road Movies filmproduktion GMBH e ARGOS Films S.A. Bruno Ganz, Solveig Dommartin, Otto Sander, Curt Bois e Peter Falk. Diretor de Fotografia Henri Alekan. Trilha sonora Jürgen Knieper, 128min.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HAYNAL, A. **A técnica em questão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

KAHTUNI, H. & SANCHES, G. **Dicionário do pensamento de Sándor Ferenczi: uma contribuição à clínica psicanalítica contemporânea**. São Paulo: Fapesp, 2009.

KHAN, M. **Psicanálise: Teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro, 1977.

———. **Introdução.** (1958) Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

KUPERMANN, D. **Figuras do cuidado na contemporaneidade: testemunho, hospitalidade e empatia.** In: Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

LAPLANCHE & PONTALIS. **Vocabulário da psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1995.

LEJARRAGA, A.L. **Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott.** In: Natureza Humana. v.10 n.2. São Paulo, dezembro de 2008.

———. **O amor em Winnicott.** Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

LEVISKY, D. **Trauma em Freud, Piera e Lacan.** In: Rabisco, vol. 1, Porto Alegre, 2011.

LINS, M. & LUZ, R.D.W. **Winnicott – experiência clínica & experiência estética.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

LISPECTOR, C. **A hora da estrela.** In: As palavras de Clarice Lispector. Curadoria CORREA DOS SANTOS, R. Rio de Janeiro: Rocco, 2013.

MANNONI, M. **A Teoria como ficção.** São Paulo: Campus, 1986.

MARTINS, A. **Pulsão de morte? Por uma clínica psicanalítica da potência.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

MELLO FILHO, J. **O ser e o viver: uma visão da obra winnicottiana.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MELO, M.T. & RIBEIRO, P. **Modelos do trauma em Freud e suas repercussões na psicanálise pós-freudiana.** In: Percurso, v. 2 de 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

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

NEWMAN, A. **As ideias de D.W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 2003.

OGDEN, T. **Trabalhar na fronteira do sonho.** In: Psicanálise Contemporânea – Revista Francesa de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

———. **Os sujeitos da psicanálise.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

———. **Esta arte da psicanálise.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

———. **Reverie e Interpretação – captando algo humano.** São Paulo: Escuta, 2013.

OUTEIRAL, J & GRAÑA, R. **Apresentação à edição brasileira.** In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

OUTEIRAL, J & GODOY, L. **Desamparo e trauma - transferência e contratransferência.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. **A atualidade teórica e clínica do pensamento de Michael Balint: uma contribuição para a abordagem do paciente borderline.** Alter - Jornal de Estudos Psicanalíticos, v. 22, n. 2, Brasília, p. 215-230, 2004.

_____. **As relações objetais primárias no contexto da falha básica.** In: Natureza Humana, v.6 n. 2, dezembro de 2004.

_____. **Sobre a importância do corpo para a continuidade do ser.** In: Revista Mal-estar e subjetividade, VIII (4), 2008.

_____. **Michael Balint - A originalidade de uma trajetória psicanalítica.** Rio de Janeiro: Revinter, 2013.

PHILLIPS, A. **Winnicott.** São Paulo: Ideias & Letras, 2006.

PINHEIRO, T. **Do grito à palavra.** Rio de Janeiro: Zahar, 1995).

PLASTINO, C. A. **Vida, criatividade e sentido no pensamento de Winnicott.** Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

_____. **Winnicott: a fidelidade da heteroxia.** In: Winnicott e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

PONTALIS, J-B. **Entre o sonho e a dor.** São Paulo: Ideias & Letras, 2005.

ROCHA BARROS, E. **Prefácio.** In: Passagens Secretas – teoria e técnica da relação intersíquica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

ROCHAT, P. **Subjetividade e intersubjetividade no desenvolvimento infantil.** In Dimensões da intersubjetividade. São Paulo: Escuta/ FAPESP, 2012.

ROZENTHAL, E. **O ser no gerúndio: corpo e sensibilidade na psicanálise.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2014.

RUDGE, A. **Trauma.** Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

_____. **O conceito de regressão na teoria freudiana.** Rio de Janeiro: Editorial Sul Americana, 1976.

SABOURIN, P. **Ferenczi, paladino e grão-vizir secreto.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SALEM, P. **Imitação e intersubjetividade: modalidades de defesa e prazer.** In: Dimensões da intersubjetividade. São Paulo: Escuta/ FAPESP, 2012.

SCHNEIDER, M. **Afeto e linguagem nos primeiros escritos de Freud**. I 1993.

SECHEHAYE, M. **Memórias de uma esquizofrênica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1950.

SOUZA, O. **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo: EDUC, 2000.

———. **Trauma, defesa e criatividade**. Tempo Psicanalítico nº35, Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, 2003.

———. **Empatia, holding e continência**. In: Dimensões da intersubjetividade. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012

STEWART, H. **Michael Balint: object relations pure and applied**. London: Routledge, 1996.

———. **Psychic Experience and problems of Technique**. Philadelphia: Brunner-Routledge, 2001.

STRACHEY, J. **Algumas notas históricas sobre os Estudos**. In: Estudos sobre a histeria (1895) FREUD, ESB, v.II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

THOMÄ & KÄCHELE. **Teoria e prática da psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

UCHITEL, M. **Além dos limites da interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

———. **Neurose traumática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

WINNICOTT, D. **A professora, os pais e o médico** (1936). In: Pensando sobre crianças (1936). Porto Alegre: Artmed, 1997.

———. **Desenvolvimento emocional primitivo** (1945). In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

———. **O ódio na transferência** (1947). In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

———. **A mente e sua relação com o psicossoma** (1949). In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

———. **A agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional** (1950). In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

———. **Objetos transicionais e fenômenos transicionais** (1951) Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

———. **Ansiedade associada à insegurança** (1952). Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

———. **A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal** (1954a) Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

———. **Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico** (1954b) Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

———. **O brinquedo na situação analítica** (1954c). In: Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **Retraimento e regressão** (1954d). Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

———. **Variedades clínicas da transferência** (1955-6) Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

———. **Formas clínicas da transferência** (1955-6) Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

———. **Psicanálise do sentimento de culpa**. (1958). O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **O primeiro ano de vida**. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

———. **Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança** (1959). A família e o desenvolvimento individual. São Paulo; Martins Fontes, 2011.

———. **Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?** (1959-64). In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Teoria do relacionamento paterno-infantil** (1960a). In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”** (1960b). In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Contratransferência** (1960c). In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **A integração do ego no desenvolvimento da criança** (1962a). In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Os objetivos do tratamento psicanalítico** (1962b). O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Enfoque pessoal da contribuição kleiniana** (1962c). O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Os doentes mentais na prática clínica** (1963a). O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica** (1963b). O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil** (1963c). O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **O medo do colapso (breakdown)** (1963d). Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **O desenvolvimento da capacidade de se preocupar** (1963e). O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **Duas notas sobre o uso do silêncio** (1963e). Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos** (1963f). In: O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

———. **A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise** (1964). In: Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da Família** (1965). In: Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **A família e o desenvolvimento individual** (1965b) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

———. **O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva** (1967). In: Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil** (1967b). In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

———. **A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências.** (1967-8c). In: Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

———. **A influência do desenvolvimento emocional sobre os problemas de alimentação** (1967d). In: Pensando sobre crianças. Porto Alegre: Artmed, 1997.

———. **A localização da experiência cultural** (1967e). In: O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975a.

———. **A amamentação como forma de comunicação** (1968a). In: Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

———. **O brincar e a cultura** (1968b). In: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **Raízes da agressão** (1968c). In: Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **Um vínculo entre a pediatria e a psicologia infantil: observações clínicas** (1968d). In: Pensando sobre crianças. Porto Alegre: Artmed, 1997.

———. **Contribuição a um simpósio sobre inveja e ciúme** (1969a). In: Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **A experiência mãe-bebê de mutualidade** (1969b). In: Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **Desenvolvimento do tema do inconsciente da mãe, tal como descoberto na prática psicanalítica** (1969c). In: Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artmed, 1994.

———. **Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas**. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975b.

———. **A criatividade e suas origens** In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975c.

———. **O brincar – uma exposição teórica**. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975d.

———. **O brincar - a atividade criativa e a busca do eu (self)**. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975e.

———. **O uso de um objeto e relacionamento através de identificações**. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975f.

———. **O campo psicossomático**. In: Natureza humana. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

WINOGRAD, M. **Disposição e acaso em Freud: uma introdução às noções de equação etiológica, séries complementares e intensidade pulsional no momento**. In: Natureza Humana, 2003.

——— & SOLLERO-DE-CAMPOS, F. **A experiência subjetiva da lesão cerebral: atopia, identidade e intersubjetividade**. In: Dimensões da intersubjetividade. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2012.

ZORNIG, S.M. **As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões**. In: Psicologia em Estudo. V. 13, n.1, p.73-77, 2008.