

O fazer analítico nos dias atuais

The analytical activity nowadays

*Ana Lila Lejarraga**

Resumo

A proposta deste trabalho é abordar a radical transformação do fazer analítico no tratamento de casos graves, de etiologia traumática. São trabalhadas as propostas de Ferenczi, Balint e Winnicott, já que, apesar de suas diferenças, apresentam inegável continuidade teórico-clínica. Os três autores formulam que o trabalho terapêutico com esses pacientes não neuróticos deve se basear na confiabilidade do analista e na regressão ao ponto de origem das perturbações, propondo uma atitude analítica compreensiva e empática e enfatizando que o fator terapêutico mais importante é o relacional.

Palavras-chave: Winnicott. Ferenczi. Balint. Trauma. Confiabilidade analítica.

Abstract

The purpose of this article is to approach the radical transformation of the analytical activity in the treatment of severe cases of traumatic etiology. The proposals of Ferenczi, Balint and Winnicott are worked out, since, despite their differences, they present undeniable theoretical and clinical continuity. The three authors argue that the therapeutic work with these non-neurotic patients should be based on the analyst's reliability and in the regression to the point of origin of the disorders, proposing an understanding and empathic analytical attitude and emphasizing that the most important therapeutic factor is the relational one.

Keywords: Winnicott. Ferenczi. Balint. Trauma. Analytical reliability.

* Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução

Os chamados casos graves, casos limite ou *borderline*, que sofreram os efeitos devastadores de traumas no início da vida, colocam em xeque a clínica interpretativa clássica, baseada nas associações livres do paciente e nas interpretações do analista. Os psicanalistas que se defrontaram com esses casos nas fronteiras do analisável, dentre os quais o pioneiro foi Ferenczi, propuseram modificações teórico-clínicas para possibilitar o tratamento psicanalítico desses pacientes, produzindo mudanças teóricas significativas nas formas de pensar essas formas de adoecimento.

Esses indivíduos severamente perturbados sofrem de sentimentos de vazio, irrealidade, perda de sentido da vida, angústias intoleráveis, pânico, entre outras perturbações. Trata-se do que chamamos de “novas patologias” ou “patologias contemporâneas”, em que incluímos *borderline*, estruturas narcísicas, esquizoides, falsos *selves*, crises de pânico, depressões severas, compulsões adictivas, etc. O caráter de “novo” ou de “contemporâneo” dessas patologias não significa que tenham surgido nos dias atuais, já que eram conhecidas desde o início do século XX, mas aponta para seu aumento significativo na atualidade. Para fins deste trabalho, usamos genericamente as expressões “pacientes graves”, não neuróticos, casos limite ou *borderline*, porque as classificações são múltiplas, mas, embora existam diferenças entre essas categorias, não caberia aqui discutir as linhas demarcatórias entre elas. De uma forma geral, trata-se daqueles pacientes situados no limiar do analisável, que desafiam nossa clínica: pacientes dissociados, que lançaram mão de defesas mais radicais que o recalque, como a cisão; pacientes muito traumatizados que, na situação analítica, tendem a reviver com o analista sentimentos primitivos, regredindo às situações traumáticas.

O objetivo deste trabalho é abordar, principalmente, as mudanças teórico-clínicas que dizem respeito ao fazer do analista na atualidade. Partindo da técnica freudiana, baseada na figura do analista-intérprete, cujo quadro clínico de referência é a neurose, abordaremos as propostas de Ferenczi, Balint e Winnicott para o tratamento dos casos limite. A escolha destes autores se deve à inegável continuidade teórico-clínica que apresentam, apesar de suas diferenças.

Os três autores coincidem quanto à etiologia traumática desses casos graves, apontando o mecanismo de cisão como defesa básica; os três entendem que o trabalho terapêutico deve se basear na confiabilidade do analista e na regressão ao ponto de origem dessas perturbações; os três formulam que, nos processos regressivos, a interpretação do recalque deve ser deixada

de lado; os três propõem que o analista deve ser compreensivo e empático, afastando-se de uma neutralidade distante; os três entendem que essas patologias não decorrem do conflito edípico, voltando o olhar para os estágios mais primitivos do desenvolvimento e formulando a necessidade de cuidados e ternura na primeira infância; e, também, os três enfatizam que o fator terapêutico mais importante é o relacional, o encontro confiável e afetivo entre analista e paciente.

Iniciaremos nosso estudo com brevíssima pincelada sobre a noção de interpretação, indissociável da transferência e da resistência, mostrando como Freud se deparou, na análise dos neuróticos, com certos limites do fazer interpretativo. Entretanto, nossa proposta é demonstrar como, com pacientes graves, cujo sofrimento é qualitativamente diferente do mal-estar neurótico, o fazer do analista deve também se modificar profundamente. Assim, entendemos que, nos dias atuais, em que cada vez mais nos deparamos com pacientes não neuróticos, devemos enfrentar esta nova problemática, que diz respeito aos fundamentos do ser. Em função disto, a qualidade afetiva do encontro entre analista e analisando passa a um primeiro plano, transformando-se radicalmente o fazer analítico.

A noção de interpretação pressupõe a dimensão de sentido dos enunciados e atos dos pacientes, dimensão própria e fundadora da experiência psicanalítica. O fazer interpretativo consiste basicamente em decifrar, com base nas recordações e ocorrências espontâneas dos pacientes, o sentido oculto de seus sintomas neuróticos, atos falhos, sonhos e outras formações do inconsciente, que se apresentam como enigmas. Sabemos que a interpretação é indissociável da transferência, já que não é possível abordar os conflitos inconscientes senão a partir de sua atualização na situação analítica, nada podendo ser tratado *in absentia* ou *in effigie* (FREUD, 1912/1988, p. 104).

A interpretação procura descobrir o sentido encoberto pelos enunciados conscientes do analisando – conflitos e desejos recalçados – lutando contra as poderosas forças psíquicas da resistência. O relato do neurótico, devido à resistência, apresenta amnésias, lacunas e deformações e o método psicanalítico consiste em suprimir as amnésias e desfazer os recalques, tornando consciente o inconsciente. Assim, lembramos da famosa comparação de Freud (1904/1988) do fazer analítico com o trabalho do escultor, que age *per via di levare*, já que a interpretação retira os obstáculos – como o escultor retira a pedra – para revelar os conflitos recalçados. De forma diferente trabalha a sugestão que, como o pintor, age *per via di porre*, acrescentando novos pensamentos – como o pintor acrescenta tinta – aos enunciados proferidos.

Entretanto, as vivências e impressões da vida sexual infantil nem sempre podem ser reproduzidas como lembranças. No texto *Recordar, repetir e elaborar* (1914/1988) Freud formula que o paciente, mais do que se lembrar do recalçado, repete-o, ou seja, o reproduz como ação. A repetição, assim, está a serviço da resistência, já que o analisando atua – na relação transferencial – seus conflitos e fantasmas inconscientes – em vez de lembrar – resultando um triunfo da cura quando, ao interpretar e vencer essa resistência, despertam-se as recordações e o paciente pode voltar a rememorar. Freud desenvolve essa mesma ideia nas *Conferências de introdução à psicanálise* (1916/1988), insistindo na transferência como repetição. Ou seja, a doença não só aconteceu no passado, mas ocorre no presente da relação transferencial como repetição, como reedição daquilo que foi recalçado.

Alguns anos depois, no texto *Construções em análise* (1937a/1988), Freud apresenta a questão, mais radical, dos limites da interpretação: nem tudo pode ser trazido à memória – através da interpretação das resistências – porque não há como rememorar tudo o que foi recalçado; não há como dissipar por inteiro a amnésia infantil. Mas a construção, quando tem convicção de verdade, tem o mesmo efeito terapêutico de uma recordação reencontrada. De alguma forma, cai por terra a contraposição entre a *via di levare* e a *via di porre*, já que as construções são hipóteses inventadas sobre a realidade histórica e vivencial do sujeito, correspondendo à *via di porre*. O que importa para a psicanálise é a verdade subjetiva, o que faz sentido para cada sujeito, independentemente de sua correspondência com a verdade factual. O deciframento de sentido deixa lugar para as construções, em que um sentido novo é construído pelo par analista/analizando. Não se trata mais de decifrar um sentido preexistente, mas de inventar, construir, criar um sentido novo.

Ferenczi e Balint: ternura, trauma e regressão

Ferenczi, contemporâneo de Freud e analista de casos no limiar do analisável, também se depara com o problema dos limites da interpretação.

Frente aos impasses e insucessos de sua técnica ativa, ele muda o foco de reflexão da resistência dos analisandos para a dos analistas. No texto *Elasticidade da técnica analítica*, Ferenczi questiona a postura analítica autoritária e distante, que se acentuava com a técnica ativa, sugerindo o tato analítico – que é definido como um “sentir com” – e a elasticidade: o analista deve “como um elástico, ceder às tendências do paciente” (FERENCZI, 1928/1992, p. 307).

Essa nova postura analítica, mais flexível e empática, que depois se configurou como o “princípio de relaxamento e neocatarse” (1930/1992), levou Ferenczi a se defrontar com intensas manifestações catárticas dos analisandos, que remetiam a situações traumáticas da infância. Assim, Ferenczi teoriza sobre o trauma patogênico, dando o pontapé inicial para construir uma clínica do trauma e compreender a origem dessas patologias severas.

Esses indivíduos traumatizados padeceram, na infância, a violência sexual de um adulto e, frente à impossibilidade de dar qualquer sentido a esse acontecimento traumático – pelo desmentido –, lançam mão de uma defesa mais radical que o recalque: a “autoclivagem narcísica” (1931/1992, p. 77). Ferenczi refere-se às diferenças entre a linguagem da ternura e a linguagem da paixão – que provocam a confusão de línguas – descrevendo o caráter terno e lúdico do erotismo infantil, diferente do erotismo adulto. A ternura, entretanto, além de ser uma característica do erotismo infantil, é concebida como um estágio anterior à genitalidade: o estágio “de amor objetual passivo, ou estágio da ternura” (FERENCZI, 1933/1992, p. 103), já que as crianças teriam desejos edípicos apenas na imaginação, porque “na realidade, não quereriam, nem poderiam, dispensar a ternura, sobretudo a ternura materna” (*loc. cit.*).

Ferenczi começa a perceber que a postura analítica autoritária e distante tende a ser vivida pelo analisando como repetição da figura do agressor do passado. Só quando o analista ocupa um lugar diferente, confiável, o passado traumatogênico – que não foi esquecido nem recalçado, mas guarda uma memória corporal – pode se tornar presente e ser abordado terapêuticamente.

Para Ferenczi, na clínica dos traumatizados, as interpretações da técnica clássica perdem valor, já que o paciente é, afetivamente, “como uma criança que não é mais sensível ao raciocínio, mas, no máximo, à benevolência materna” (FERENCZI, 1933/1992, p. 101). Entretanto, essa benevolência, para despertar a confiança no paciente, deve ser sincera. Ferenczi enfatiza a necessidade de o analista ser sincero e não hipócrita, porque os pacientes que regridem ao passado infantil percebem, de uma forma particularmente lúcida, as emoções do analista. A confiabilidade se torna uma noção-chave na clínica do trauma. Todos os esforços de Ferenczi são no sentido de promover uma postura analítica mais autêntica e sincera, com o objetivo de reduzir a distância entre o analista e o analisando e de despertar no paciente sentimentos de confiança pelo analista. A ausência ou a perda da confiança impede a cura, porque tende a reproduzir a violência do adulto agressor, já que a confusão de línguas – primeiro tempo do trauma – consiste essencialmente em uma confusão em relação à confiabilidade do adulto.

Ferenczi entende que a única via de liquidação do traumático é a regressão ao infantil, já que para reunificar os fragmentos clivados do eu, a dor do trauma precisa ser revivida e sentida pelo indivíduo. Na regressão ao infantil, os destroços do eu infantil, quase morto, podem emergir, sendo revividas as sensações insuportáveis de medo e dor, o que possibilitaria o trabalho de rememoração do trauma e sua posterior liquidação. A postura analítica elástica e sensível é condição para que a dor do trauma – a criança ferida – possa ser “pela primeira vez” (FERENCZI, 1932/1992, p. 113) revivida pelo paciente.

Nos últimos anos de sua vida, Ferenczi enfatiza cada vez mais a importância da compreensão e da simpatia do analista como agentes da cura, definindo a compreensão analítica como identificação, parente próxima do “sentir com”. No seu *Diário clínico* chega a afirmar que “nenhuma análise poderá ter êxito se não chegarmos, no seu decorrer, a amar realmente o paciente” (FERENCZI, 1985/1990, p. 171) e que “sem simpatia, não há cura” (1985/1990, p. 248).

Ferenczi foi pioneiro na clínica do trauma, abordando terrenos até então inexplorados. Assim, na abordagem clínica desses pacientes graves, a interpretação do recalado perdia sua hegemonia, porque não havia como interpretar o que não tinha sido representado. Sua proposta clínica privilegiava a confiabilidade do analista e sua atitude compreensiva e afetuosa como agentes terapêuticos fundamentais no processo da cura.

Balint, analisando e discípulo de Ferenczi, vai tratar também casos no limiar do analisável, propondo questões similares às de Ferenczi. Seu livro *A falha básica* (1968/1993) é um tratado de teoria da clínica, em que se discute amplamente o trabalho e a atitude do analista no tratamento de pacientes regressivos. Balint explicita que há dois níveis no trabalho analítico: o nível edípico e o nível da falha básica. Propõe também um nível em que não há objeto externo nem relação transferencial, a área da criação, em que haveria algo como “pré-objetos” (BALINT, 1968/1993, p. 22) muito primitivos e não organizados, que se transformam em objetos – em tempos e resultados imprevisíveis – num processo difícil de abordar e descrever. A noção de área da criação é fundamental para pensar o silêncio na análise, podendo significar, mais que resistência, que o paciente está criando algo por si mesmo, precisando de tempo sem interferências para esse processo.

No nível edípico, lembra-nos Balint, isto é, na análise clássica com neuróticos, o analista interpreta os conflitos que derivam do complexo de Édipo e toda a análise se desenvolve tendo como eixo a associação livre e a interpretação analítica. Mas quando a origem do sofrimento é anterior ao Édipo, ou seja, quando o trabalho analítico atinge a área da falha básica, os pacientes não

aceitam as interpretações ou as experimentam como “interferência, crueldade, uma demanda injustificável ou uma influência injusta...” (BALINT, 1968/1993, p. 161), já que as palavras deixam de ser meios confiáveis de comunicação. A área da falha básica não apresenta a estrutura de um conflito – como a triangulação edípica –, já que remete à relação objetal primária ou amor primário. Balint afirma que é necessário reconhecer que, além da interpretação, o fator terapêutico mais importante é a relação objetal, referindo-se ao “poder cicatrizante” (*Ibid.*, p. 147) da relação transferencial.

Para “cicatrizando ou inativar a falha” (BALINT, 1968/1993, p. 153), nas palavras de Balint, é necessário que o paciente regrida à situação de falha original, propiciando um “novo começo” (*Ibid.*, p. 129). Para caracterizar a atmosfera especial do período do novo começo, Balint lança mão de um termo em alemão, *arglos* (*Ibid.*, p. 128), que significa ingênuo, inocente, simples, inofensivo. O paciente tem que poder experimentar uma atmosfera *arglos*, confiável, que não ameaça. Balint discorre, longamente, sobre as condutas terapêuticas de frustrar ou gratificar um paciente regressivo e sobre o caráter benigno ou maligno das regressões, já que, enquanto a regressão benigna possibilita “novos começos”, a regressão maligna leva a uma espiral interminável de demandas impossíveis de serem atendidas e ao fracasso terapêutico. Entretanto, as formas que tomam as regressões não dependem só da patologia dos pacientes, mas principalmente, da conduta terapêutica do analista. A regressão é intrapsíquica, mas é também uma experiência mútua entre analista e paciente. O aspecto mais importante, contudo, é seu caráter intersubjetivo, a relação objetal bipessoal e pré-verbal que o analista pode ofertar a seu paciente. Não se trata, diz Balint, de oferecer ao paciente o amor primário que falhou nos primórdios, o que seria ficcional, mas de o analista “oferecer a si mesmo para ser investido pelo amor primário” (*Ibid.*, p. 165). Em função disso, o analista deve oferecer um tempo livre de exigências, deve ser indestrutível como uma substância primária (água, terra, fogo, ar), “sustentando” o paciente, como a água sustenta o nadador ou a terra o caminhante, para que o paciente possa viver com o analista uma “espécie de mistura interpenetrante harmoniosa” (*Ibid.*, p. 127), que remete à relação primária com o entorno, anterior até à emergência dos objetos. O analista deve, também, evitar se tornar onipotente, o que aumentaria a desigualdade entre ele e o paciente. Como diz Balint, o analista deve tentar diminuir essa desigualdade, tornando-se um analista “não importuno” (*Ibid.*, p. 159), ou seja, moderado e compreensivo, para que o paciente “possa se tornar capaz de encontrar-se, aceitar-se e continuar por si mesmo” (*Ibid.*, p. 165). Quando

o paciente emerge dos processos regressivos – que podem durar minutos ou longos períodos – a tarefa interpretativa pode ser retomada. Contudo, quando os pacientes regredem à falha básica ou à área da criação, as interpretações, que são pensamentos organizados, quando interagem com “os conteúdos nebulosos, como os devaneios ainda ‘inorganizados’ da área da criação, podem provocar uma devastação ou uma organização pouco natural e prematura” (*Ibid.*, p. 162).

Os psicanalistas do grupo independente ou *Middle Group*, da Escola britânica, ao qual Balint pertence, junto com Fairbairn, Bowlby e Winnicott, entre outros, propõem, desse modo, modificações técnicas para tratar desses casos severamente perturbados, teorizando também sobre o ponto de origem dessas perturbações.

As raízes do sofrimento desses pacientes graves não podem ser entendidas a partir da férrea luta entre desejos e defesas, já que não dizem respeito a sentimentos – culpa, inveja, angústia, etc. – que correspondam aos conflitos edípicos e que possam se associar a recordações, sonhos e fantasias.

Esses pacientes não neuróticos, como vimos, sofrem de sentimentos de vazio, irrealidade, perda de sentido da vida, angústias intoleráveis, pânico, etc.; sentimentos cujas raízes são muito primitivas e remetem a traumas devastadores nos primórdios da existência.

Assim, frente a esses desafios clínicos, os teóricos das relações objetais voltam o olhar para a importância do vínculo primário mãe-bebê, enfatizando a existência de laços primários em relação aos objetos de amor, que independeriam da sexualidade infantil autoerótica.

Balint, questionando a noção de narcisismo primário – concebido como momento inicial do lactente em que toda a libido concentra-se em si mesmo, com pouca ou nenhuma relação com o entorno – propõe a noção de “amor primário” – mescla harmoniosa entre o *self* e o entorno. O amor primário, contudo, não corresponderia ao amor do lactente pelo outro, mas a seu “desejo de ser amado” (BALINT, 1972, p. 62), definido como um “desejo passivo de ternura” (p. 62), que consiste no desejo de ser amado e cuidado incondicionalmente, sem ter que dar nada em troca. Falhas severas do entorno, nesses primórdios da existência, levam à falha básica patogênica – brusca ruptura do amor primário – provocando sofrimentos difusos como falta de sentido da vida, dificuldade de sentir qualquer tipo de prazer, falta de um lugar no mundo, depressões (BALINT, 1972).

Mas é Winnicott o analista que teoriza de forma mais abrangente e consistente o desenvolvimento emocional primitivo, anterior ao complexo de Édipo,

considerando que as patologias graves têm seu ponto de origem em falhas ambientais severas nos estágios iniciais do amadurecimento.

Winnicott: regressão à dependência e manejo do *setting*

A questão que Winnicott se propõe, após anos de trabalho clínico com pacientes *borderline* e psicóticos, que vivem à beira de um colapso psíquico, oscilando entre ser e não ser, é sobre o tipo de vínculo inicial que permite ao bebê começar a ser, a se sentir real e a estabelecer um contato com o mundo, ou seja, a questão sobre as bases da existência humana.

Para Winnicott, o lactente só pode começar a ser “juntamente com outro ser humano” (1987/2002, p. 9), quando é olhado e reconhecido pelos cuidados amorosos maternos, desenvolvendo uma comunicação íntima com a mãe. Esse contato inicial do bebê com sua mãe é uma poderosa forma de comunicação, predominantemente corporal, que independe da linguagem, denominada “experiência da mutualidade” (WINNICOTT, 1970/1994). Trata-se de uma comunicação mútua, silenciosa, pré-verbal, que contém, entretanto, uma dicotomia fundamental, uma dissimetria entre mãe e bebê. Enquanto a mãe se identifica empaticamente com seu bebê, comunicando-lhe sua confiabilidade, o bebê desenvolve outro tipo de identificação com ela – a identificação primária – comunicando-lhe sua espontaneidade e criatividade originárias. A identificação primária consiste na primeira experiência de ser do bebê, “talvez a mais simples de todas as experiências” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 114), base do sentimento do *self* e, embora constitua uma experiência pessoal do bebê, só existe de forma que é indissociável do contato íntimo com a mãe. Desse modo, o bebê só pode começar a ser a partir da estrutura total mãe-bebê e, de seu ponto de vista, como ainda não reconhece a existência autônoma dos objetos, vivencia a mãe como uma parte dele, um objeto subjetivo. A comunicação com o objeto subjetivo, criado e encontrado pelo bebê, que ele controla onipotentemente, produz nele o sentimento de ser real, já que pode ter a experiência de algo próprio: sua criatividade pessoal.

A noção de identificação primária é fundamental para compreender o início da vida psíquica, a partir do contato com outro humano. Trata-se da forma mais imediata de identificação, cujas bases são o olhar e o ser visto, no papel especular da mãe. O bebê tem necessidade da vivacidade e confiabilidade do olhar materno, olhar e ser visto, ser reconhecido, para se sentir vivo e espontâneo, para poder existir. Assim, quando o lactente desenvolve a ex-

periência de ser e sua linha da vida – a continuidade de ser – não é interrompida por intrusões ambientais, o bebê se sente real e o mundo se torna pleno de sentido.

Nesses primórdios da vida, o bebê apresenta tipos de necessidades muito sutis, que não poderiam ser reduzidas nem às necessidades orgânicas nem às pulsões: as necessidades do eu. Com a noção de necessidades do eu, Winnicott introduz uma categoria nova, que aglutina dois campos que se apresentam como dicotômicos na obra freudiana: a necessidade, que implica a obrigatoriedade da satisfação a risco de severos danos e o campo do psíquico, que remeteria à contingência e variabilidade de objetos e fins que satisfazem, e a infinitas possibilidades desejantes. A novidade é que, para Winnicott, a necessidade pode ser psíquica em vez de somente orgânica, mas o caráter psíquico não implica automaticamente uma dimensão desejante e sexual (LEJARRAGA, 2015, p. 67). Winnicott enfatiza a heterogeneidade entre a necessidade e o desejo, esclarecendo que quando um paciente está regredido, o analista deve lidar com necessidades e não com desejos, porque nos estágios mais primitivos o que está em jogo são as necessidades emocionais do bebê e não os desejos sexuais, que são posteriores genealogicamente (WINNICOTT, 1955/2000).

Essas necessidades são regidas pela obrigatoriedade de um contato íntimo e afetivo – experiência da mutualidade – que possibilita que o lactente comece a ser e a se sentir real. Porém, quando a mãe-ambiente falha na satisfação dessas necessidades, de forma severa e continuada, o bebê fica traumatizado, quebrando-se sua continuidade de ser. A ruptura na continuidade de ser é vivida pelo bebê como uma agonia impensável, ou seja, uma agonia de não ser, de não existir, que não pode ser pensada, representada, nem integrada. Como o sentimento de *self* é muito precário nesses estágios iniciais do desenvolvimento, a ruptura na continuidade de ser é vivida como aniquilamento. O bebê não será frustrado pela falha ambiental, porque nem sequer percebe o ambiente como separado dele, mas sentirá uma ameaça de aniquilamento.

A concepção de Winnicott da situação analítica e do fazer do analista deriva diretamente dessas relações iniciais mãe-bebê, já que, na sua visão, o *setting* reproduz os cuidados ambientais dos estágios iniciais. Segundo ele, Freud intuía isto, talvez inconscientemente, recriando no seu consultório condições de conforto, aconchego e previsibilidade, similares aos cuidados ambientais iniciais. Trabalhando principalmente com neuróticos, parecia óbvio para Freud que a análise se desenvolvesse com base nas associações dos pacientes e nas interpretações do analista, considerando o *setting* como o

pano de fundo do processo. Entretanto, com pacientes graves, que foram traumatizados muito cedo, o *setting* analítico, que duplica a ambiência inicial, deixa de funcionar como pano de fundo e passa a ser o eixo do trabalho terapêutico. Afirma Winnicott: “No trabalho que estou descrevendo, o contexto (*setting*) torna-se mais importante que a interpretação. A ênfase é transferida de um aspecto para o outro” (1956/2000, p. 395). Devemos lembrar que o *setting*, embora de uma forma geral refira-se à moldura – consultório, horários combinados, etc. – em que o processo analítico se desenvolve, consiste principalmente na atitude do analista.

A tarefa do analista com esses pacientes graves consiste, antes de tudo, em fornecer um *setting* que proporcione confiança, que ofereça, como uma mãe suficientemente boa, um ambiente de *holding* para o paciente/bebê. Winnicott define esse fazer analítico como “manejo do *setting*” que, baseado na capacidade empática do analista, consiste em oferecer cuidados confiáveis propiciando uma experiência de comunicação significativa com o paciente.

Assim, o manejo do *setting* visa ao restabelecimento da confiança no ambiente, porque só com uma sólida base de confiabilidade, o paciente pode enfrentar os riscos de regredir à situação de fracasso ambiental, tornando-se indefeso, vulnerável e dependente do analista. Só um novo vínculo, confiável, pode ajudar a elaborar as relações patológicas do início da vida. Só um novo vínculo pode permitir que se revivam, sejam experienciados e se integrem no *self*, pela “primeira vez” – expressão usada tanto por Ferenczi quanto por Winnicott – esses sentimentos de morte psíquica: as agonias impensáveis. Para Winnicott, quando ocorreu a vivência do colapso, como ainda não havia um “eu” que pudesse se apropriar dessa experiência, o colapso ficou congelado, à espera de uma nova oportunidade (WINNICOTT, 1974/1994).

A tendência a regredir e reviver situações de extrema dor – as agonias impensáveis – decorre do fato de que essas vivências não foram assimiladas ou processadas, não podendo, de fato, cair no esquecimento. Os pacientes têm necessidade de experienciar essas angústias de aniquilamento, de não ser, de vazio, já que a única maneira de “lembrar”, nesses casos, é revivendo essa dor pela primeira vez, no presente. O colapso permanece como um “não acontecido”, porque algo deveria ter acontecido e não aconteceu, habitando um “não lugar” – o inconsciente cindido – mas insistindo, contudo, em ter direitos de existência e reconhecimento, em ser integrado de alguma forma.

Considerações finais

A regressão, seja ao infantil, na formulação de Ferenczi; à área da falha básica, segundo Balint ou a regressão à dependência, na proposta de Winnicott, não é, como a repetição na teoria freudiana, uma reedição do passado. Não se trata de reedição, mas de “edição” (NEMIROVSKY, 2015, p. 127), já que a agonia impensável, que não pôde ser experienciada no passado, tem que ser vivida e sentida pela primeira vez. O passado traumatogênico não será propriamente repetido ou reeditado, mas tem que ser editado, ou seja, vivido e integrado numa experiência inédita. A relação com o analista inaugura uma experiência de confiabilidade e compreensão nova para o sujeito. Assim, o fundamental não é o que se repete, mas o que não se repete, o vínculo confiável que será experienciado pela primeira vez. Além do mais, a “edição” do passado não pode ser considerada uma resistência, como a repetição, mas a via privilegiada de elaboração do traumático.

Sabemos que Freud, em vários momentos de seu percurso clínico, depara-se com os limites do fazer analítico: inicialmente se confronta com os limites da rememoração, porque certos aspectos do recalado eram repetidos em vez de serem lembrados e, posteriormente, com os limites da interpretação, porque nem tudo pode ser lembrado, acabando com a amnésia infantil. Em um de seus últimos textos, Freud (1937b/1988) considera que nem sempre é possível interpretar porque nem tudo se representa no psiquismo, nem tudo pode ser simbolizado, devido à ação da pulsão de morte. Contudo, tendo como matriz clínica as neuroses – que remetem ao complexo de Édipo e ao inconsciente recalado – o trabalho consiste na verbalização dos conflitos inconscientes, sendo que o fazer psicanalítico fundamental consiste na interpretação/construção do recalado.

Em relação à clínica do trauma, o fazer psicanalítico se transforma radicalmente. A origem dos sofrimentos de não se sentir real, de não ser, de aniquilamento, não se encontra nas vicissitudes da pulsão sexual – nos conflitos edípicos – mas em severos desencontros entre as necessidades emocionais do bebê e os cuidados ambientais. A tarefa interpretativa, quando o paciente sofre de angústias de aniquilamento, não só resulta ineficaz, como pode provocar danos. Quando o analista interpreta um paciente regredido, que não tem capacidade de brincar e de perceber o analista como pessoa separada, está promovendo uma separação prematura e provocando submissão ou acatamento. O fazer analítico, nesses casos, deve deixar as interpretações de lado, promovendo um encontro confiável, genuíno, uma experiência

de comunicação significativa na qual o potencial criativo do paciente possa emergir. Nas palavras de Vaisberg:

Sustentar o encontro inter-humano é algo que tem sentido quando se tem fé na capacidade criadora humana. Significa que o psicanalista aposta no oferecimento de um ambiente humano suficientemente bom, que por si mesmo humaniza, simplesmente porque aquilo a ser proporcionado se articulará com o potencial criador do paciente (VAISBERG, 2004, p. 56).

Para isso, a atitude do analista – o *setting* – não pode mais ser distante e de uma suposta objetividade, encoberta pela famosa neutralidade analítica. O analista não pode pretender ser uma *tabula rasa*, já que é necessariamente uma pessoa singular, com seu estilo e sua criatividade.

Para possibilitar e sustentar uma comunicação íntima e afetiva com o paciente, o analista tem que ter capacidade empática, sinceridade, mostrando que é capaz de errar e se emocionar. O que está em jogo na clínica dos traumatizados, o que promove a transformação psíquica não é “da ordem de um saber, mas de um sentir” (VAISBERG, 2004, p. 51). Assim, as qualidades afetivas do encontro entre analista e paciente passam ao primeiro plano.

Interpretações argutas do analista podem produzir mudanças, mas o elemento realmente terapêutico reside na experiência relacional. Sabemos que o vínculo analista/analizando é essencialmente assimétrico, mas o que possibilita a transformação psíquica é certa proximidade, a comunicação significativa e afetiva que se constrói entre ambos, baseada na confiança. Assimetria não significa distância. Essa proximidade emocional e confiabilidade é condição de qualquer processo analítico para neuróticos e não neuróticos, mas, na clínica do trauma, torna-se absolutamente imprescindível.

Winnicott declara, numa expressão de aparente singeleza, que, ao praticar psicanálise, tem o propósito de se “manter vivo, bem, desperto” e de “ser ele mesmo” (1965/1990, p. 152), aludindo à necessidade de o analista ser autêntico e criativo, deixando fluir seu verdadeiro *self*. No manejo do *setting*, ambiente essencialmente confiável e afetivo – inofensivo, diria Balint – é necessário que esteja implicada a totalidade da pessoa do analista, suas emoções e sentimentos, sem, no entanto, deixar de valorizar a realidade objetiva, “o olho no relógio”. Desse modo, especialmente nos momentos regressivos, o analista se torna uma “pessoa profundamente envolvida com sentimentos e ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu cliente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise” (WINNICOTT, 1963/1990, p. 206).

O analista deve também poder ser vulnerável, deixando-se afetar pelos sentimentos dos pacientes, porque do contrário se mostraria inatingível e “inumano”, incapaz de compreender o sofrimento deles. Além do mais, as intervenções analíticas abrangem comunicações verbais e não-verbais, exigindo máxima implicação do analista como pessoa, tornando sua tarefa ainda mais complexa.

Os pacientes severamente traumatizados têm necessidade de resgatar o que é próprio e pessoal, de se sentir vivos e reais, para o qual é condição indispensável que, como comentava Winnicott com sábia simplicidade, o analista seja “ele mesmo”, uma pessoa “viva” e autêntica.

Autora

Ana Lila Lejarraga. Psicanalista, membro efetivo/Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ), doutorado em Saúde Coletiva/Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), professora associada do Instituto de Psicologia/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

E-mail: analejarraga@gmail.com

Tramitação

Recebido em 07/11/2017

Aprovado em 20/12/2017

Referências

BALINT, Michael. *Amour primaire et technique psychanalytique*. Paris: Payot, 1972.

_____. (1968). *A falha básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FERENCZI, Sándor (1928). *Elasticidade da técnica psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 25-36. (Obras completas, 4).

_____. (1930). *Princípio de relaxamento e neocatarse*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 53-68. (Obras completas, 4).

_____. (1931). *Análises de crianças com adultos*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 69-84. (Obras completas, 4).

_____. (1932). *Reflexões sobre o trauma*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 109-118. (Obras completas, 4).

- _____. (1933). *Confusão de língua entre os adultos e a criança*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 97-108. (Obras completas, 4).
- _____. (1985). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- FREUD, Sigmund (1904). *Sobre psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 243-258. (Sigmund Freud Obras Completas, 7).
- _____. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 93-106. (SFOC, 12).
- _____. (1914). *Recordar, repetir e reelaborar*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 145-158. (SFOC, 12).
- _____. (1916). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 392-407. (SFOC, 16).
- _____. (1937a). *Construcciones en el análisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 211-254. (SFOC, 23).
- _____. (1937b). *Análisis terminable e interminable*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988. p. 211-254. (SFOC, 23).
- LEJARRAGA, Ana Lila. Reflexões sobre a noção winnicottiana de necessidades egoicas. In: _____. *Sexualidade infantil e intimidade, diálogos winnicottianos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2015. p. 57-72.
- NEMIROVSKY, Carlos. *Winnicott e Kohut*. Porto Alegre: Triângulo Gráfica e Editora, 2015.
- VAISBERG, Tânia Aiello. *Ser e fazer, enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.
- WINNICOTT, Donald Woods (1955). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392.
- _____. (1956). Formas clínicas da transferência. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 393-398.
- _____. (1963). Os doentes mentais na prática clínica. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p. 196-206.
- _____. (1965). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p. 152-155.
- _____. (1970). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 195-202.

_____. (1971). A criatividade e suas origens. In: _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 95-120.

_____. (1974). O medo do colapso. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 70-76.

_____. (1987). A mãe dedicada comum. In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 1-12.