

5.

Herança e atualidade de Sándor Ferenczi

Pertencente à primeira geração da psicanálise, Ferenczi foi reconhecido em sua época como um exímio clínico e grande conhecedor da psicanálise. Em 1914, por exemplo, Freud faz menção a ele quando, no artigo “História do movimento psicanalítico” (1914b), escreve: “da Hungria, geograficamente tão perto da Áustria, e cientificamente tão distante, surgiu um único colaborador, S. Ferenczi, mas que, em compensação, vale por uma sociedade inteira” (FREUD, 1914b/1974, p. 45). Mais tarde, em 1933, em seu necrólogo, Freud escreve que os trabalhos de Ferenczi “fizeram de todos os analistas seus discípulos” (FREUD, 1933/1994, p. 224) e que “é impossível imaginar que a história da nossa ciência venha a esquecê-lo” (FREUD, 1933/1994, p. 225).

Contudo, a trajetória e a produção teórico-clínica de Ferenczi foram silenciadas por muitos anos, sobretudo, a partir dos esforços de Ernest Jones. Podemos encontrar na abertura do artigo “Análise de crianças com adultos” (1931), o descontentamento de Ferenczi com a postura da *International Psychoanalytical Association*, que o considerou um herege, um *enfant terrible*, após a apresentação do ensaio “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) no XI Congresso Internacional de Psicanálise em Oxford, em 1929. Em relação a esse período, a leitura de Jones consiste em tratar as inovações técnicas e teóricas apresentadas no final da década de 20 e início da de 30, como sendo nada mais do que uma manifestação precoce do delírio psicótico de Ferenczi, que teria, posteriormente, se apresentado em sua forma completa. Vemos, portanto, que a diversificada produção teórica de Ferenczi, uma vez que se constituiu como um polo divergente à direção da IPA, foi alvo de uma grave tentativa de invalidação, sobretudo, a partir de sua vinculação por Jones à produção de um psicótico (BOKANOWSKI, 1996).

Nas últimas décadas, podemos acompanhar um crescente retorno aos trabalhos de Ferenczi. Em relação a essa retomada de suas teses, não podemos deixar de sublinhar todo o trabalho de Michael Balint, seu eminente discípulo, que além de ter tomado como base as inúmeras contribuições ferenczianas, nunca se omitiu em citá-lo e fazer jus à sua obra. Não obstante, o atual retorno à Ferenczi

tem se manifestado, sobretudo, a partir dos impasses que a clínica contemporânea impõe à psicanálise. Em outras palavras, vemos diversos autores contemporâneos recorrendo ao percurso traçado por Ferenczi, com o intuito de repensar as atuais dificuldades teórico-clínicas (BIRMAN, 2014).

Vimos em Ferenczi uma mudança de paradigma e um estilo clínico baseado na qualidade do encontro afetivo que se estabelece entre o analista e o analisando. Nesse sentido, a sua teorização acerca da clínica passa a dar ênfase à capacidade de afetar e de ser afetado na relação analista/paciente; concepção que marca uma distinção em relação aos analistas de sua época que priorizavam exclusivamente a palavra e a posição de neutralidade. Cabe destacarmos que Ferenczi recebia em sua clínica os ditos “casos difíceis”, aqueles que, segundo os critérios da época, não desenvolviam uma neurose de transferência completa, mas oscilavam entre esta e uma neurose narcísica inalisável. Assim, suas inovações técnicas buscavam responder às diversas questões referentes à eficácia do dispositivo analítico diante de certos tratamentos e conjunturas complexas. Buscando, portanto, ampliar os limites terapêuticos, Ferenczi deixou como herança uma rica problematização acerca dos limites da técnica psicanalítica, uma ampla descrição do processo psicanalítico, assim como novas abordagens teóricas e clínicas.

Antes de apresentarmos como as suas proposições técnicas (*elasticidade*) e teóricas (sua concepção sobre o *trauma*) podem nos servir de orientação para pensarmos as novas modalidades de sofrimento e de expressão do mal-estar, pontuaremos a influência que sua obra teve no trabalho de diversos psicanalistas, sobretudo, em Michael Balint e Donald Winnicott. Vale ressaltar que devido à amplitude das teses e contribuições teóricas e clínicas dos autores que serão mencionados, nosso objetivo será apenas de indicar alguns caminhos percorridos por psicanalistas cujo estudo se aproxima das hipóteses de Ferenczi, sem nos determos, portanto, na especificidade teórica de cada um dos autores.

5.1

A herança de Ferenczi nas diversas tradições psicanalíticas

Para Figueiredo (2002), Avello (1998, 2006), Haynal (2002) e Sabourin (2011), podemos considerar Ferenczi como o pioneiro da clínica psicanalítica contemporânea. Este estatuto lhe faz justiça devido a algumas de suas proposições técnicas que, hoje, seriam consideradas imprescindíveis. Dentre elas destacam-se a importância conferida à *regressão*, a *empatia* do analista, a *elasticidade* da técnica, o *relaxamento* (*Nachgiebigkeit*) e a *sinceridade*, assim como o estudo acerca das clivagens traumáticas. Todos esses elementos estão a serviço do estabelecimento de uma regressão terapêutica, método que é considerado indispensável para o tratamento de pacientes difíceis e traumatizados, como *borderlines*, pacientes limítrofes e psicóticos. Segundo os autores, esse conjunto de elementos permeou o campo psicanalítico, sobretudo, na *Escola Inglesa*, representada, entre outros, por Melanie Klein, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion, Michael Balint e Donald Winnicott.

Para Figueiredo (2002) e Sabourin (2011), podemos trilhar a influência dos trabalhos de Ferenczi para além da sua terra natal, onde muitos psicanalistas da *Escola Húngara* foram continuadores diretos de sua obra, como Vilma Kovács, Alice Balint, Michael Balint, Sándor Radó, entre outros. Nos Estados Unidos, por exemplo, seu pensamento chegou por intermédio de suas analisandas didatas, Elisabeth Severn, Izette De Forest e, sobretudo, Clara Thompson. Esta, em seu livro *Evolução da psicanálise* (1950), aponta interseções entre a discussão de Ferenczi acerca da *interação* analista-analisando e os trabalhos da *escola cultural de relacionamento interpessoal* cujos representantes foram Eric Fromm, Harry Stack Sullivan, K. Horney. Outro parentesco acentuado por ela diz respeito às pesquisas de Rosen, Moreno e Fromm-Reichmann. Ainda nos Estados Unidos, Sabourin (1988) destaca os trabalhos de Harold Searles⁴⁶ e Gregory Bateson⁴⁷ como desenvolvimentos frutíferos das pesquisas de Ferenczi. Em relação ao primeiro, o autor destaca a descrição que Searles nos fornece sobre o papel central do ambiente na etiologia das patologias psíquicas. Quanto ao segundo, Sabourin

⁴⁶ O trabalho de Harold Searles comentado por Sabourin (1988) é o *L'effort pour rendre l'autre fou*.

⁴⁷ Segundo Sabourin (1998), trata-se do trabalho *Ebauche d'une théorie de la schizophrénie – Ecologie de l'esprit*.

(1988) assinala a correspondência entre o que Bateson descreve como “dupla ligação” - em sua função de estabelecer uma *confusão* para garantir uma homeostase intrafamiliar - e o que foi descrito por Ferenczi como *desmentido* com relação ao impacto e a veracidade do evento traumático.

Na França, a principal herança de Ferenczi se encontra nas formulações teórico-clínicas de Nicolas Abraham e Maria Torok. Segundo Sabourin (1988), Abraham e Torok retomam o conceito de *introjeção*, apresentado por Ferenczi⁴⁸, assim como suas últimas contribuições sobre a questão do trauma⁴⁹. De modo geral, podemos destacar alguns eixos fundamentais da teorização estabelecida por Abraham e Torok (1986) relacionando-os ao símbolo psicanalítico, à anasemia, à introjeção e ao trauma. As interseções constituídas a partir desses eixos formam uma rede original e complexa que resulta na criação de novas figuras metapsicológicas, dentre as quais destacamos aqui *a cripta no seio do ego*. Tomando como ponto de partida a irrupção do trauma, Abraham e Torok irão destacar, a partir de Ferenczi, a distinção entre os mecanismos de *introjeção* e *incorporação*. Enquanto a introjeção é um processo lento e laborioso e está orientada no sentido de realidade, a incorporação aproxima-se da satisfação alucinatória do desejo, significando, assim, o fracasso da introjeção e a presença de um impedimento à elaboração das experiências vividas pelo indivíduo.

Na concepção desses autores sobre o trauma, aquilo que se configura como traumático não diz respeito à gravidade objetiva do evento, mas a impossibilidade do indivíduo em introjetar os diferentes elementos (sentimentos, emoções, pensamentos e imagens) que são mobilizados na situação vivida. Estes elementos, uma vez configurados como uma experiência indizível, serão incorporados no seio do ego e formarão uma nova configuração psíquica, a *cripta*⁵⁰. Assim, na teoria da criptonímia, o trauma é o sintoma de um segredo, de um código, encerrado no interior de uma tumba intrapsíquica cuja reparação

⁴⁸ O conceito é apresentado no artigo “Transferência e introjeção” (1909).

⁴⁹ Sobre o artigo “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933) e o *Diário Clínico*.

⁵⁰ Para Kaës a questão importante que se coloca a partir desta concepção de falha simbólica é a transmissão psíquica traumática, no sentido de uma transmissão inconsciente de uma dívida não paga e que será cobrada das gerações posteriores. Segundo o autor: “o enquistamento, no inconsciente de um sujeito, de uma parte das formações inconscientes de um outro, que vem, então, assombrá-lo, como um fantasma; a hipoteca de um mandato imperativo que o ancestral faria pesar sobre sua descendência.” (Kaës, 2011 [2005], p. 134).

consiste em trazê-lo à luz por um trabalho de deciframento executado pelo método anasêmico⁵¹.

Após essa breve exposição sobre os trabalhos de Abraham e Torok, destacaremos a incidência das teses ferenczianas na Inglaterra, nas obras de Donald Winnicott e Michael Balint, ambos filiados à *Sociedade Britânica de Psicanálise* e integrantes do *Middle Group* (um grupo constituído por psicanalistas independentes da polarização entre annafreudianos e kleinianos, instaurada de maneira explícita a partir de 1945⁵²).

Em um primeiro momento, abordaremos os trabalhos de Winnicott que, apesar de ter feito apenas uma única menção à Ferenczi⁵³, desenvolve e aprofunda a tese acerca da importância da adaptação do ambiente no processo de constituição subjetiva apresentada de maneira explícita em “Adaptação da família à criança” (1927a) e em “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929). À sua maneira, Winnicott utiliza o termo *dependência* para formular como se dão os processos pertencentes ao desenvolvimento emocional em seus primórdios. De modo geral, o autor sustenta que o bebê, ao nascer, encontra-se em estado de *dependência absoluta*, o que exige um alto grau de adaptação do ambiente às suas necessidades. A mãe deve proporcionar ao recém-nascido um *ambiente suficientemente bom*, ou seja, favorável à evolução do ego e aos processos de maturação, onde não sejam exigidas reações à intrusão. Constitui-se, portanto, uma *unidade dual* entre a mãe e o bebê.

Em seu artigo sobre “A preocupação materna primária” (1956), Winnicott descreve o relacionamento peculiar do qual fazem parte a mãe e seu bebê, mostrando que existe, por um lado, a identificação da mãe com o bebê e por outro a dependência do mesmo em relação à sua mãe. Nesta fase a mãe se coloca como

⁵¹ Segundo Abraham e Torok, o prefixo *ana* remete a um movimento que sempre “reenvia a”, mas que não avança em um sentido teleológico – em verdade, ora avança, ora retrocede, ora antecipa, ora retarda – e o sufixo *seme* diz respeito a uma unidade mínima de sentido. Nas palavras dos autores, anasemia é “um processo de problematização do significado dos signos de uma forma indeterminada.” (ABRAHAM; TOROK, 1986, p. 117).

⁵² Para uma investigação mais detalhada sobre esse momento de polarização da Sociedade Britânica entre o grupo de analistas filiados a Anna Freud e outro a Melanie Klein, ver: *As controvérsias Freud-Klein 1941-1945*, escrito por Pearl King e Riccardo Steiner e publicado pela editora Imago, 1998. .

⁵³ Winnicott faz referência ao artigo de 1931, “Análise de crianças com adultos”, em *O brincar e a realidade* (1975).

‘mãe devotada comum’, com sua capacidade de adaptar-se ativamente às necessidades de seu bebê proveniente de sua devoção, tornada possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas memórias, que a capacitam saber através da identificação quais são as necessidades do bebê (WINNICOTT, 1956 [1949] /2000, p. 335).

De acordo com autor, “o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com as necessidades inerentes à vida” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 403). A mãe deve ser *suficientemente boa* e capaz de exercer a função que Winnicott denominou de *holding*. Thomas Ogden, em “Sobre sustentar e conter, ser e sonhar” (2010), define o *holding* como um conceito ontológico relacionado com o ser e sua relação com o tempo, pois, no início, “a mãe protege a continuidade do ser do bebê, em parte isolando-o do aspecto ‘não eu’ do tempo.” (OGDEN, 2010, p.121). Desta forma, a mãe protege a *continuidade do ser* de seu bebê, instaurando uma temporalidade em seu ego (com passado, presente e futuro), o que possibilitará o surgimento de falhas menores na adaptação do meio ao lactente.

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

quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade [do bebê] de crer em sua sobrevivência, aparece a ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe. Antes disso, se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade especial para evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos (WINNICOTT, 1963/1983, p. 84).

O estágio que se seguirá é o de *rumo à independência*. Nesse momento, a criança passa a se defrontar com o mundo em todas as suas complexidades, marcando o início das relações interpessoais. É aqui que todos os indivíduos permanecem até o final da vida, visto que a independência nunca é atingida por completo. Segundo o autor, estaremos sempre em um processo de

amadurecimento que nunca se encerra, logo, nos deixando sempre dependentes em alguma medida.

Tendo exposto de forma sucinta o processo de desenvolvimento infantil para Winnicott, passemos agora à sua noção de *transicionalidade*. Em “O desenvolvimento emocional primitivo” (1945), Winnicott descreve três processos que ocorrem muito cedo na vida do bebê, a saber, a *integração*, a *personalização* e a *realização*. No decorrer de tais processos o bebê entra em contato com algo que, gradativamente, se configura como uma realidade externa. No entanto, tal processo é permeado por certo tipo de experiência singular que se dá em uma região intermediária de experimentação:

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

Em um artigo posterior intitulado “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” (1951), Winnicott introduz os conceitos de “objeto transicional” e “fenômeno transicional” para tratar dessa área da *transicionalidade*, na qual o bebê irá iniciar uma relação com um tipo específico de objeto que se configura como um intermediário entre o subjetivamente concebido e o objetivamente percebido. É a partir do contato com essa área intermediária que a criança adquire a capacidade de reconhecer o objeto como não-eu.

Um das mais importantes contribuições winnicottianas para a clínica psicanalítica se deu, justamente, a partir da ênfase nessa zona intermediária entre mãe-bebê, que, no *setting* analítico, é constituído pela relação analista-paciente. Tais concepções nos remetem a algumas considerações de Winnicott sobre o *brincar* e a clínica. Para o psicanalista inglês, a clínica deve ser pensada como algo que inclui paciente e terapeuta. É a partir daí que podemos conceber o *brincar* como algo que não é propriamente interior nem exterior ao sujeito, mas que se localiza em um *espaço intermediário*. Segundo ele, “a psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas” (WINNICOTT, 1975, p. 59). Assim, o trabalho do terapeuta consiste em possibilitar a transição do

paciente de uma área na qual não é possível brincar para outra onde isso é possível, mostrando-se *disponível* para esta experiência criativa e lúdica. É apenas quando existe um brincar mútuo que a interpretação poderá levar adiante o trabalho analítico.

Desta forma, Winnicott amplia a concepção de clínica como uma análise dos materiais intrasubjetivos do paciente para uma na qual a subjetividade do analista, através da constituição de um interjogo, também se encontra implicada no manejo clínico. Nesse tipo de disposição clínica, o analista precisa entrar em contato com o paciente de uma maneira empática. Essa ênfase nos aspectos relacionados à sensibilidade, ao lúdico e ao brincar compartilhado claramente tem suas raízes nos trabalhos pioneiros de Ferenczi, sobretudo, na sua concepção de *análise pelo jogo*, tal como nos é apresentado em “Análise de crianças com adultos” (1931). Como pontua Kupermann (2008), um dos maiores objetivos clínicos de Ferenczi (1931) era falar *com* a criança que habita o paciente e não falar *da* criança pela interpretação. E, para isso, ele elaborou uma nova modalidade clínica, a saber, a “análise através do jogo”. Assim, podemos sustentar que Ferenczi inaugura um estilo de clínica cujas balizas passaram a ser *associação livre*, *regressão* e *jogo*, e que Winnicott, através do seu desenvolvimento de uma abordagem terapêutica através do *brincar*, dá continuidade ao estilo clínico ferencziano (KUPERMANN, 2008).

Figueiredo (2002) em “A tradição ferencziana de Donald Winnicott – Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica”, explicita que os desenvolvimentos de Winnicott acerca da regressão terapêutica e do trauma se aproximam das elaborações de Ferenczi, inscrevendo-o, assim, em uma tradição clínica inaugurada pelo psicanalista húngaro. Como vimos no capítulo anterior, Ferenczi nos mostra que após um evento traumático não liquidado, a sobrevivência do indivíduo dependerá de alterações autoplásticas, ou seja, de clivagens e dissociações da personalidade, as quais remetem a uma “progressão traumática” ou a uma regressão. Aproximando os conceitos winnicottianos de *verdadeiro self* e *falso self* aos efeitos da abrupta maturação do psiquismo decorrente do trauma, conforme explicitado por Ferenczi, Figueiredo (2002) exemplifica a cisão da personalidade da seguinte maneira:

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

Assim como Figueiredo (2002), Haynal (2002) sublinha que Winnicott clarificou o fenômeno da clivagem ao conceber o *falso self* como um precioso e *sábio* envelope que protege o *verdadeiro self*. Nesta perspectiva, os autores aproximam, de maneira complementar, tais conceitos winnicotianos à metáfora ferencziana do “bebê sábio” (FERENCZI, 1933/2011), possibilitando, assim, uma melhor compreensão dos efeitos psíquicos decorrentes da adaptação exigida ao bebê por um ambiente não empático.

De maneira geral, a partir dessa breve exposição, podemos constatar que a importância conferida ao encontro afetivo que se estabelece no processo terapêutico é uma característica marcante nas obras de Ferenczi e Winnicott, onde, cada um à sua maneira, apresenta colaborações importantes sobre a função do objeto e a dimensão da intersubjetividade na clínica. Outro ponto igualmente comum e com possíveis complementaridades entre os autores se encontra no estudo acerca dos mecanismos de defesa primitivos e de seus efeitos no psiquismo. Neste sentido, além do conceito de *falso self* já descrito, Winnicott se debruça sobre uma série de reações defensivas frente às sensações vividas de maneira intrusiva nos primórdios da constituição subjetiva (WINNICOTT, 1963/2008). Partindo da sua concepção do processo de desenvolvimento emocional, o autor relata, por exemplo, que falhas decorrentes de um ambiente que foi incapaz de se adaptar às necessidades dos estágios mais iniciais de *dependência*, sobretudo, em sua função de *holding*, podem despertar na criança intensos desconfortos. Estes são nomeados por Winnicott de *ansiedades inimagináveis*, podendo se expressar como sensações de despedaçamento, de estar caindo em abismos sem fim, de não possuir conexão alguma com o corpo e, por fim, de carecer de orientação (WINNICOTT, 1962/2008).

Em relação aos efeitos dessas falhas ambientais primitivas, o autor menciona algumas distorções da organização do ego, como, por exemplo: a esquizofrenia infantil ou autismo; a esquizofrenia latente; a personalidade

esquizoide; e a falsa autodefesa (utilização de uma defesa constituída pela emergência de um *falso self*). Cada uma destas possui íntima relação com os processos de integração, personalização e a sensação de sentir-se real, que se dão, gradualmente, no desenvolvimento do bebê. Assim, ao longo do desenvolvimento do indivíduo e da constituição de sua personalidade, podem ocorrer situações ambientais desfavoráveis que instauram cortes e também pontos de fixação em seu desenvolvimento emocional.

Na clínica, a possibilidade de instaurar regressões que alcancem esses estágios de dependência característicos da relação primordial mãe-bebê é “condição *sine qua non* para a instauração de um processo psicanalítico.” (KUPERMANN, 2008, p. 96). Nesse sentido, Winnicott afirma, no artigo “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico” (1954), que a regressão tem como objetivo terapêutico a instauração de “uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra, esse mesmo desenvolvimento que havia sido inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 378). Em suma, podemos constatar que Winnicott segue a trilha de Ferenczi ao destacar e ampliar o papel central do analista/ambiente em se adaptar à especificidade de cada paciente, no intuito de promover regressões que possam retomar o desenvolvimento emocional e a constituição egóica. Em outras palavras, o trabalho analítico com esses casos severamente traumatizados consiste em proporcionar regressões terapêuticas que possam, a partir de uma atmosfera de confiança, descongelar o paciente do ponto traumático em que estava fixado, iniciando, assim, uma nova progressão, desta vez não traumática (FERENCZI, 1933).

Delineadas as continuidades entre Winnicott e Ferenczi, passemos às suas contribuições para a teoria formulada por Michael Balint, seu discípulo direto. Balint, emigrado da *Sociedade Psicanalítica de Budapeste* para a *Sociedade Psicanalítica Britânica*, tornou-se, desde os anos trinta, o principal autor a desenvolver as teses inauguradas por Ferenczi. Em linhas gerais, Balint rediscute o papel do analista e a sua presença no *setting*, como também amplia a importância do ambiente e das relações objetais primitivas na constituição das futuras relações do sujeito com o mundo.

Desde seus primeiros trabalhos, Balint (1932) retoma a trilha aberta por Ferenczi e questiona os princípios de abstinência e neutralidade do analista,

indicando que certas gratificações possibilitam que os pacientes experimentem novas maneiras de amar e odiar os objetos com os quais se relacionam. Essas novas experiências vêm acompanhadas de uma atmosfera sincera, inocente e inofensiva que, segundo o autor, se assemelha ao ambiente ainda não diferenciado, harmonioso e de misturas interpenetrantes da fase do *amor primário*. A essa atmosfera analítica particular, Balint dá o nome de *arglos*.

A criação e a manutenção dessa atmosfera primitiva na situação analítica possibilitam dois tipos de regressão, a saber, a *maligna* e a *benigna*. Esta diferenciação qualitativa proposta por Balint, além de retomar a maneira pela qual Ferenczi entendia a regressão e a técnica psicanalítica, tal como descritas no artigo “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), ultrapassa o conflito Freud-Ferenczi a esse respeito. Segundo Peixoto Junior (2002), ao entrecruzarmos os artigos “Análise terminável e interminável” (1937a), de Freud, e “O problema do fim da análise” (1927b), de Ferenczi, podemos compreender a maneira como os autores pensam os fenômenos regressivos: “o primeiro mostrando-se bastante cético e o segundo muito otimista” (PEIXOTO JUNIOR, 2002, p. 93). Balint, ao abarcar as duas qualidades da regressão, defende a possibilidade de o fenômeno assumir configurações opostas e bastante distintas, cabendo ao analista avaliar o tipo de demanda que está sendo colocado na situação analítica.

Balint, seguindo os caminhos de Ferenczi, obtém alguns êxitos terapêuticos por meio de gratificações específicas em situações de regressão. Não se trata de satisfazer todas as demandas do paciente, mas, sim, de observar qual a forma tomada pela regressão na relação transferencial. A *regressão maligna* é caracterizada por uma insaciabilidade e voracidade com fins de gratificar os impulsos pulsionais, e quando uma necessidade primitiva é satisfeita, logo surge uma nova reivindicação exigente e urgente. A *regressão benigna*, de maneira distinta, é caracterizada pelo que Balint denominou de *novo começo*, ou seja, por uma regressão que conduz a uma progressão. O *novo começo* é resultado, portanto, de uma *regressão benigna* que implica na abertura de possibilidade para uma nova forma de investimento em si mesmo e nos objetos. A partir dessas concepções, podemos estabelecer que o objetivo do tratamento é estabelecer uma atmosfera analítica de confiança para que aja uma regressão ao estágio de inocência, no qual as defesas ainda não estão definidas. Para Balint,

[essas] pessoas desconfiadas precisam aprender, no curso do tratamento, a serem capazes de se entregar ao amor, ao prazer, ao divertimento, tão destemida e inocentemente quanto foram capazes de fazer em sua primeira infância (BALINT, 1932/1952, p. 162).

Nesse aspecto, podemos constatar o quanto a ideia de “novo começo” é tributária do ensino de Ferenczi que, em “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” (1929), ressalta que a análise deve criar condições de possibilidade para que o paciente desfrute pela primeira vez da “irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo” (FERENCZI, 1929/1992, p. 51). Além disto, em um trabalho do ano seguinte intitulado “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), Ferenczi também introduz a importância da criação de um ambiente onde o trauma possa ser revivido dentro de uma situação de *confiança*. Para que essa atmosfera seja criada é fundamental que haja um nível bom de *relaxamento*, de *laissez-faire*, no *setting*, no qual certas demandas dos pacientes possam ser gratificadas. Apenas dessa maneira o paciente tem a possibilidade de viver aquilo que não foi vivido devido ao trauma. Ainda nesse trabalho, Ferenczi faz ressalvas ao princípio de relaxamento que são análogas à preocupação de Balint acerca da gratificação de exigências pulsionais (malignas), advertindo que em situações regressivas “não será admitida a satisfação de desejos ativamente agressivos nem de desejos sexuais, assim como muitas outras exigências excessivas.” (FERENCZI, 1930/2011, p.76).

O acúmulo de experiências de *regressão benigna* e de *novo começo* permitiram que Balint aprofundasse a discussão sobre as relações mais primitivas do ser humano com o mundo à sua volta. No artigo “O objetivo final do tratamento” (1935), o autor apresenta a seguinte constatação: uma vez que todos os fenômenos de *novo começo* aparecem apenas na última fase do tratamento, “eles estão, sem exceção, dirigidos para os objetos” (BALINT, 1935/1952, 192). Essa afirmação vai de encontro à teoria que sustenta que a primeira e a mais primitiva fase da libido é autoerótica. Para Balint, esta fase está relacionada à metade do percurso de uma análise. Há, portanto, uma fase mais primitiva a ser alcançada. Em suas palavras:

primeiro há uma inequívoca relação objetal primitivo-infantil, e esta – se não for corretamente compreendida e tratada – resulta em demandas irrealizáveis e em um estado narcísico bastante desagradável para todo o ambiente (como é o caso com uma criança mimada); porém se manejada corretamente, proporcionará uma relação sem conflitos para o sujeito e para aqueles a sua volta. (BALINT, 1935/1952, 193)

Neste sentido, todos os impulsos, mesmo os mais primitivos estão primeiramente ligados a objetos. Esta primeira relação objetal é sempre passiva e constitui o objetivo mais primordial da sexualidade humana que se mantém por toda a vida, a saber, o desejo de ser amado. Esse amor passivo foi descrito por Ferenczi em *Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade* (1924) como um dos três estágios do desenvolvimento erótico do sentido de realidade, constituído pelos: estágio do *amor de objeto passivo*, a fase *autoplástica* (ou masturbatória), e, por último, a fase *aloplástica* (chamada por Balint de amor de objeto ativo). O autor ainda destaca que Ferenczi sempre indicou que a criança estabelece, desde o início, uma relação de objeto, e que sem essa relação libidinal passiva a criança não pode existir. Assim, “a criança não ama, mas é amada” (BALINT, 1935/1952, p. 194).

Essas descrições nos permitem observar como Balint sublinha a importância do ambiente desde os primórdios da infância, uma vez que este constitui o entorno sobre o qual a criança estabelecerá suas primeiras relações objetais. Estas podem então constituir as matrizes pela qual a experiência de *novo começo* se realizará. Para isso, o analista deve “prestar atenção aos tímidos esforços, frequentemente indicados de maneira muito delicada, no sentido de um *novo começo* da relação objetal para não afugentá-los.” (BALINT, 1935/1952, p. 198). Assim, é possível constatar que a ênfase no manejo clínico recai sobre a qualidade da relação que é estabelecida no *setting*, que tem como base a criação e manutenção de um ambiente de *confiança*, no qual o analista é o objeto para o qual o paciente irá transferir seus afetos mais primitivos. Isto só é possível com a preservação, por parte do analista, de uma “passividade *elástica*, com uma condução *benevolente* da transferência e com o controle de sua *contra-transferência*.” (BALINT, 1933/1952, p.178, grifo nosso). *Elasticidade*, *benevolência* e *contratransferência*, conforme vimos, constituem os três

elementos centrais que compõe o campo fundamental de problematizações de Ferenczi acerca da *regressão terapêutica* e da *atmosfera psicológica* na situação analítica, sobretudo, a partir do *princípio de relaxamento* e da *neocatarse*.

Após termos apresentado parte da herança de Sándor Ferenczi no trabalho de importantes psicanalistas, procuraremos mostrar a atualidade de seu trabalho, indicando como o autor nos oferece instrumentos teóricos e clínicos para pensarmos o manejo com as novas formas de subjetivação. Para isso, é importante delinear, ainda que brevemente, alguns elementos centrais que constituem o que estamos denominando de contemporaneidade.

5.2

A técnica psicanalítica frente aos limites: a atualidade de Sándor Ferenczi

A discussão que será abordada nessa seção comportará dois eixos de pesquisa que se encontram fundamentalmente articulados. O primeiro eixo tem como objeto de problematização os limites do manejo clínico e da intervenção psicanalítica, uma vez que tais delimitações estão em constante movimento, devido à exigência engendrada pela demanda clínica. O segundo diz respeito aos aspectos sociopolíticos culturais que incidem nos processos de subjetivação cujos efeitos produzem novas modalidades de sofrimento psíquico.

Segundo Birman (2011), o que há de mais fundamental na experiência psicanalítica é o confronto com a questão do limite. Este seria a “*condição concreta de possibilidade* para a existência dessa experiência” (BIRMAN, 2011, p. 12, grifo do autor). Neste sentido, a psicanálise apenas existe como experiência quando problematiza a questão do limite. Partindo desta concepção, o autor apresenta cinco momentos em que a psicanálise se encontrou diante de limites teóricos e clínicos engendrados pela expansão do campo da clínica psicanalítica.

Em um primeiro momento, temos o campo das psicoses. A discussão acerca da possibilidade de uma intervenção psicanalítica para as psicoses provocou importantes modificações na maneira de se pensar a posição ocupada pela figura do analista. Na experiência com essa patologia, a posição do analista, marcada pela benevolência e certa passividade, foi um dos principais pontos problematizados. A inserção do delírio, da alucinação, da passagem ao ato, ou seja, de aspectos imprevisíveis e imponderáveis, passou a exigir do analista uma

maior implicação para o acolhimento e sustentação das intensas manifestações do analisando. Neste sentido, as coordenadas constituídas para o modelo de atendimento psicanalítico tiveram que ser fundamentalmente reformuladas.

O segundo momento consiste na inclusão das crianças no campo da clínica analítica que, além de questionar a posição do analista e do analisando, trouxe à tona a discussão acerca da possibilidade das crianças serem analisadas conforme prescreve a técnica psicanalítica. Essa será justamente a temática das controvérsias entre Anna Freud e Melanie Klein, uma vez que a primeira sustentava a impossibilidade da análise com crianças muito jovens em decorrência de sua imaturidade emocional e cognitiva e da dependência às figuras parentais. Klein, de maneira oposta - e certamente devido ao seu convívio com Ferenczi - concebia a possibilidade de análise com crianças daquele tipo, considerando que os registros psíquicos do inconsciente e do fantasma não seriam dependentes da maturidade cognitiva. Outro ponto de tensão diz respeito à impossibilidade da criança sustentar a fala e a associação livre exigida pela técnica, o que levou Klein a postular o *jogo* como um equivalente simbólico do discurso do adulto (KLEIN, 1959).

A inclusão do campo da psicossomática constitui o terceiro momento de interpelação acerca dos limites da psicanálise, uma vez que a partir Franz Alexander e Thomas French se instaurou a diferença entre a *conversão*, presente na histeria, e a *somatização*, expressão do sintoma psicossomático. O que marca essa diferença é a possibilidade de simbolização, própria ao sintoma histérico, e a sua impossibilidade, típica do sintoma psicossomático. Devido a essa ausência de possibilidade de simbolização, o procedimento analítico teve que se modificar para atender a essa especificidade. Nesse sentido, a escola psicossomática francesa, com Marty e M'Uzan, formulou a tese de que o funcionamento psíquico psicossomático tem o formato de um *pensamento operatório*, “que se contraporia nos seus menores detalhes ao pensamento simbólico.” (BIRMAN, 2011, p. 21). Cabe aqui destacarmos que a abordagem de ambos os autores foi, posteriormente, criticada, sobretudo, por Joyce McDougall e Christophe Dejours. Peres (2006) explicita que apesar de McDougall concordar com a concepção de Marty de que os pacientes psicossomáticos são marcados por uma restrição da capacidade de elaboração psíquica, a diferença entre eles é que no modelo de McDougall a somatização é consequência de uma defesa do psiquismo e não um processo de

desorganização das funções psíquicas; a *desafetação*⁵⁴ entra em atividade, precisamente, para evitá-la. De maneira distinta, a crítica apresentada por Dejours (1998) incide na ênfase aos aspectos, exclusivamente, intrasubjetivos da teoria de Marty. Nesse sentido, o autor sustenta que é preciso afirmar o primado da intersubjetividade nessa discussão, pois esse tipo de sintoma ocorre no âmbito relacional, estando, assim, intrinsecamente ligado a uma trama intersubjetiva. De um ponto de vista ferencziano, a compreensão do sintoma psicossomático estabelecida pela escola de psicossomática francesa vai de encontro com a sua concepção de que há uma linguagem que é veiculada pelo corpo. Em sua formulação acerca do trauma, Ferenczi sustenta que na ausência de uma inscrição psíquica, ou seja, nos momentos em que o sistema psíquico falha, como por exemplo, após um choque traumático, o corpo guarda uma inscrição sensorial e “o organismo começa a pensar” (FERENCZI, 1932/1990, p. 37). Esta tese será discutida ainda nesse capítulo quando apresentaremos, de forma mais detalhada, as contribuições ferenczianas acerca da sintomatologia própria à psicossomática.

Retomando a explicitação acerca dos limites engendrados à clínica psicanalítica, o quarto tempo é representado pelo campo da drogadicção e da adicção em geral, constituído por pacientes que tendem a se expressar pelo registro da *ação*, como por exemplo, via *passagem ao ato*. Esta conjuntura colocou uma série de impasses à psicanálise, pois impossibilitava a prática analítica centrada no campo da fala e da linguagem. Desta forma, para construir uma nova maneira de intervenção clínica adequada à especificidade destas modalidades de sofrimento, o espaço analítico teve que, mais uma vez, buscar outras coordenadas e configurações tais como a passagem do consultório do analista para o espaço do hospital, para a casa do analisando, assim como para o espaço público da rua (BIRMAN, 2011).

O quinto momento de interpelações dos limites se deu a partir da década de 1960 e 1970, com a incidência significativa de novas modalidades de sofrimento psíquico, subsumidas pela noção de *estados limites*. Esses quadros

⁵⁴ McDougall (1983) sustenta que o sintoma psicossomático é fruto de uma *desafetação*, ou seja, de um mecanismo de defesa específico capaz de ejetar do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias que possam ser capazes de suscitar afetos insuportáveis relacionados a experiências traumáticas primitivas. Assim, esse mecanismo tem com objetivo proteger o psiquismo de intensidades eventualmente mortíferas. O trabalho analítico então consiste em abordar o sintoma como um sinal de que há ali uma vivência não representada, e que precisa advir ao âmbito da linguagem.

clínicos, segundo Garcia (2010), são caracterizados por: uma fragilização dos limites egóicos e intersubjetivos, uma dificuldade de investimento afetivo e, ainda, um prejuízo no campo representacional o que, por sua vez, dificulta os processos de simbolização. A autora acrescenta que esses quadros são marcados por constantes ameaças de desintegração e, até mesmo, de aniquilação do eu, o que pode se expressar pela sensação de estar ficando louco, de perder o controle, pela sensação de despedaçamento, como também, pela despersonalização e pela indiferença. Em decorrência desse conjunto de experiências subjetivas, Garcia (2010) sinaliza que esses pacientes se diferenciam bastante daqueles com os quais o campo psicanalítico se deparava no século passado, o que exige novas formas de manejo clínico. Assim, a autora explicita, por um lado, que as interpretações não se mostram viáveis, pois, muitas vezes, intensificam a sensação de intrusão e, por outro, o silêncio do analista pode ser vivenciado como uma ameaça de morte.

A atualidade atribuída à problemática dos limites psíquicos também é discutida por Cardoso (2010), por exemplo, quando defende que o interesse pelos *estados limites* no campo psicanalítico é uma resultante da incidência de quadros marcados pela “violência psíquica”, tais como as patologias no campo da *corporeidade* ou do *ato*. Nestes casos, o que está em pauta é a predominância do registro do “irrepresentável” e da fragilização dos processos psíquicos. Esses elementos, conjugados à precariedade da demarcação das fronteiras entre o eu e o outro, impulsionam o resgate de mecanismos arcaicos de defesa, o que coloca uma série de interrogações e desafios para a prática psicanalítica. Dito de outro modo, por não se inscreverem dentro da gama de possibilidade da técnica clássica, esses quadros passaram a exigir reformulações no campo da prática clínica. Neste contexto, o resgate de autores como Ferenczi, Balint e Winnicott pode ser atribuído, justamente, aos seus esforços para estabelecer procedimentos clínicos capazes de lidar com esse tipo de sofrimento. No momento atual, a questão que se coloca é por que esses quadros se tornaram tão frequentes. Esta pergunta nos conduzirá, então, à discussão de alguns elementos socioculturais, políticos e éticos que, além de caracterizar o cenário contemporâneo, incidem nos processos de subjetivação e nas expressões de mal-estar.

Como sublinha Peixoto Junior (2008), as novas modalidades de mal-estar evidenciam os efeitos suscitados pela globalização que, por sua vez, marcam o

mundo contemporâneo. É importante destacarmos que esse processo é acompanhado pelos imperativos do consumo, da felicidade, da competição que, por exemplo, exigem com que as subjetividades tornem-se consumidoras e performáticas:

“Trabalhe mais! Ganhe mais! Compre mais! Transe mais! Só assim você será feliz, não sofrerá, porque nem sequer terá tempo para pensar, e conseguirá ser alguém nesse mundo que não comporta lugar para ‘perdedores’.” (PEIXOTO JUNIOR, 2008, p. 57).

Esses elementos descritos por Peixoto Junior (2008) apontam para o imperativo do espetáculo descrito por Guy Debord em seu célebre livro *A sociedade do espetáculo* (1992/1997). Seguindo as teses de Debord, o autor explicita que esse imperativo, fruto da organização social capitalista, traz consigo um tipo de dominação que se constitui a partir de uma dimensão especular, e que vem se disseminando de forma vertiginosa no cenário social – sobretudo, depois da segunda Guerra – de forma que o *status* midiático incide em diversos níveis do campo social. Afinal, o que importa é expor-se e brilhar.

Podemos relacionar esta elucidação acerca do imperativo próprio à *sociedade do espetáculo* com as contribuições de Sennet (1988) sobre o esvaziamento do espaço público em nome das tiranias da intimidade. Segundo o autor, a constituição desse tipo específico de tirania teve como resultante uma situação na qual os sentimentos íntimos não possuem mais um contraponto no espaço público. Assim, devido à precarização dos investimentos no que é da ordem pública, há um descompasso no sentido de um superinvestimento no espaço privado, na intimidade.

Na perspectiva de Garcia (2012), esse superinvestimento no campo privado incide na própria constituição psíquica, pois enquanto movimento de desenlace entre o âmbito privado e as bases sócio-históricas, a função estruturante do meio ambiente é colocada em questão. Dito de outro modo, o individualismo, o consumismo e a fragilização dos sustentáculos simbólicos, características da sociedade contemporânea, convocam o indivíduo a delinear seus próprios limites. Assim, esse entorno, caracterizado pela crise dos valores e pela ausência de um

código de conduta que funcione como um norteador, está, intrinsecamente, atrelado às experiências de errância simbólica, desenraizamento e deriva.

Esse processo que caminha em direção ao espaço privado será considerado por Christopher Lasch (1979) como central à constituição da cultura do narcisismo. Nesta, o novo Narciso caracteriza-se menos pela autoadmiração e amor-próprio e mais pela busca de imperfeições, fadiga e decadência (LASCH, 1979). O que está em pauta, segundo o autor, é o movimento de retração narcísica em relação a si mesmo, na medida em que o espaço público não dá mais nenhuma garantia simbólica. Nesse sentido, o indivíduo cria para si um refúgio, ou seja, ele acaba constituindo um *mínimo eu*, como uma tentativa de sobrevivência psíquica (LASCH, 1984/1986). Segundo Birman (2000), uma das resultantes desse movimento de retração é a concepção existencial de que a vida íntima é um espetáculo. É nesse sentido que o autor sustenta que a subjetividade contemporânea é caracterizada pelo autocentramento e pela exterioridade, e não mais pela interiorização e reflexão sobre si, pois o que importa é a glorificação do eu.

Na perspectiva de Alain Ehrenberg (2000), os indivíduos foram convocados a assumir uma responsabilização sobre o próprio sucesso e fracasso, na medida em que o *Estado*, a *família* e a *tradição* deixaram de funcionar como sustentáculos simbólicos. Desse modo, houve um deslocamento desde o paradigma do *permitido/proibido*, que caracterizava o espaço público, para o conflito pessoal entre o *possível* e o *impossível*. Esse deslocamento traz consigo uma permanente sensação de insuficiência, acompanhada pela perda da autoestima, pela impotência e pela desqualificação em relação a si mesmo. Essas experiências subjetivas podem ser assim reunidas como signos da quebra do narcisismo e de um processo de desnarcisação dos indivíduos.

Esse conjunto de elementos revela que as transformações que ocorrem no âmbito sociocultural, econômico, político e ético incidem nas modalidades de mal-estar e nas afetações subjetivas. É neste sentido que Peixoto Junior (2008) defende que a psicanálise deve assumir uma postura crítica e ética acerca das questões que permeiam o cenário contemporâneo para, assim, desvendarmos maneiras de lidar com o sofrimento característico das subjetividades de nossos tempos. Assim, um primeiro ponto a ser sublinhado é a concepção, própria do discurso freudiano, de que a subjetividade é caracterizada pela *conflitualidade*.

A formulação freudiana acerca da *conflitualidade* pode ser evidenciada tanto pelo registro dinâmico, que aponta para ação mútua de forças (FREUD, 1926[1925] /1976), como também, por sua valoração em relação ao conflito psíquico, o qual se apresenta de múltiplas formas. Por exemplo, pode ser manifesto ou latente; pode ser a resultante de um conflito entre o desejo e a defesa; entre as próprias instâncias psíquicas; entre as pulsões e, enfim, pode se expressar pelo conflito edipiano, que coloca em cena desejos que se opõem em termos de interdição (LAPLANCHE, PONTALIS, 2001). É importante ressaltar que Freud erigiu o conflito psíquico como um objeto central para o trabalho analítico, defendendo, por exemplo, que se o conflito não estivesse ativo, caberia ao analista, não só ativá-lo, como também, produzir, artificialmente, novos conflitos pelo dispositivo da transferência. Essa produção artificial, assim como a ativação de conflitos latentes, visava à familiarização do paciente com seus conflitos psíquicos para um melhor desdobramento do trabalho analítico (FREUD, 1937a/1975).

Como pudemos observar durante nossa investigação, o conflito psíquico se refere ao modelo da neurose, mas não parece caracterizar os ditos “casos difíceis” do contexto de Ferenczi que, em nossa hipótese norteadora, parecem ter se tornado majoritários na clínica contemporânea. De uma maneira geral, devemos sublinhar que esses pacientes “se distinguem em alguma medida do modelo da neurose e que, portanto, não possuem estrutura ou dinamismo psíquico balizado hegemonicamente pela lógica do recalque.” (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p. 192).

Segundo Birman (2012), desde 1970 e 1980 – o que se intensificou nos anos 1990 – a clínica psicanalítica tem se confrontado com novas modalidades de mal-estar, pois estas parecem se caracterizar menos por um *conflito psíquico* do que pelo *excesso*. Este acaba por desembocar no registro do corpo, das intensidades e da ação, o que evidencia o esvaziamento das instâncias do pensamento e linguagem. O estresse, as manifestações psicossomáticas, a fibromialgia e a síndrome da fadiga crônica são exemplos das modalidades de mal-estar que se apresentam no campo da corporeidade. Outra ilustração da precarização do campo simbólico é a síndrome do pânico. Nesta versão pós-moderna da neurose de angústia (BIRMAN, 2012), o psiquismo se vê

impossibilitado de dar conta de suas excitações, de forma que elas se descarregam maciçamente no corpo, produzindo a sensação de colapso psíquico e de morte súbita. Quando o mal-estar se expressa pelo registro das intensidades, o sujeito é confrontado com a impossibilidade de regular suas variações afetivas ou, ainda, pode ser acometido pela depressão, sendo, assim, permeado pela impotência e por um vazio paralisante, que apontam para o processo de desnarcisação (BIRMAN, 2012).

Nesse momento, cabe destacarmos algumas contribuições de Ferenczi que podem nos servir de base para pensarmos essas questões relacionadas ao campo das manifestações sintomáticas que se dão no âmbito do corpo. O interesse do autor pela investigação dos sintomas somáticos através do método psicanalítico está presente ao longo de toda a sua obra, ganhando relevo mais acentuado a partir da criação dos conceitos de *patoneurose* e de *neurose de órgão*. Assim, no artigo “As patoneuroses” (1917), o autor aborda o tema das patologias resultantes de importantes doenças orgânicas ou ferimentos⁵⁵. De forma sucinta, podemos explicar as *patoneuroses* da seguinte maneira: em um primeiro momento ocorre um distúrbio funcional orgânico que resulta em uma perturbação da libido; esta, uma vez retirada do mundo externo, não investe o ego como um todo, mas, essencialmente, o órgão doente ou ferido, influenciando os processos de cura ou de persistência dos sintomas. Em suas palavras,

de acordo com tudo o que precede, é muito provável que não sejam apenas os glóbulos brancos que se reúnam nas partes feridas do corpo por “quimiotaxia” para exercer aí sua atividade reparadora, mas que também se acumule aí uma quantidade maior de libido proveniente de outros investimentos orgânicos. Talvez esse recrudescimento libidinal participe também da deflagração dos processos de cura (FERENCZI, 1917/2011, p. 340).

O conceito de *neurose de órgão* aparece em “As neuroses de órgão e seu tratamento” (1926b) como uma tentativa de elucidar os processos de constituição

⁵⁵ O artigo de Ferenczi busca destrinchar o impasse clínico desses casos, uma vez que, no mesmo ano, 1917, Freud em “O estado neurótico comum” (1917b) descreve que: “os problemas das neuroses atuais, cujos sintomas provavelmente são gerados por lesão tóxica direta, não oferecem à psicanálise qualquer outro ponto de ataque. Ela pouco pode fazer para esclarecê-los e deve deixar essa tarefa para a pesquisa bioquímica [...] por essa razão, as neuroses “atuais”, improdutivas no que concerne à psicanálise, não podiam mais ocupar um lugar em primeiro plano” (FREUD, 1917b/1969, p. 453).

sintomática nos casos de *neuroses atuais*. Nesse sentido, Ferenczi descreve que “numerosas doenças correntes têm origem psíquica, mas manifestam-se por uma disfunção real de um ou de vários órgãos.” (FERENCZI, 1926b/2011, p. 417.). Estas são classificadas como *neuroses de órgão*, pois podem comportar, simultaneamente, distúrbios subjetivos e objetivos, sendo “necessário distingui-las da histeria, mas é difícil definir a fronteira que as separa desta última ou de inúmeras enfermidades orgânicas” (FERENCZI, 1926b/2011, p. 413). No mesmo trabalho, o autor relata alguns casos de neurose de angústia e de neuroses monossintomáticas (asma nervosa, neuroses de estômago, distúrbio intestinal grosso, neuroses cardíacas, enxaqueca), ressaltando que “o curso de toda enfermidade orgânica é, aliás, afetado favorável ou desfavoravelmente por influências psíquicas” (FERENCZI, 1926b/2011, p. 417).

Após essa breve indicação das pesquisas realizadas por Ferenczi no campo da sintomatologia psicossomática, apresentaremos as suas contribuições mais significativas a esse respeito oriundas de sua teorização sobre o trauma. Como vimos no capítulo anterior, Ferenczi no artigo “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) descreve que a regressão, alcançada através do *relaxamento* e da sustentação de uma atmosfera de confiança, conduzia a estágios pré-verbais de comunicação, nos quais os pacientes se expressavam apenas por símbolos mnêmicos corporais.

Tendo sempre em vista o acesso ao fator traumático, Ferenczi então passa a sustentar a tese de que as impressões mais primitivas de eventos traumáticos que se expressavam na clínica, não indicavam inscrições psíquicas, mas sim inscrições corporais. É nesse sentido que, em uma nota de 26 de outubro de 1932⁵⁶, o autor descreve o corpo como sendo um lugar de inscrição de sensações com tonalidades de prazer e de desprazer. A partir desta concepção, as manifestações corpóreas podem ser compreendidas como uma *lembrança imobilizada no corpo* (FERENCZI, 1932/2011). Retomando, então, sua tese sobre o trauma, podemos descrever, por exemplo, que o *desmentido*, enquanto fator traumático principal, inviabiliza a inscrição psíquica do evento traumático, restando apenas a lembrança

⁵⁶ Essa nota se encontra no IV volume das *Obras Completas* de Sándor Ferenczi editado pela Martins Fontes (2011), na seção “Artigos Póstumos”, XXI. “Notas e fragmentos”, página 304.

sensorial marcada no corpo. Em seu *Diário clínico*, Ferenczi descreve essa articulação entre corpo e trauma da seguinte maneira:

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

No âmbito da técnica, essas manifestações sintomáticas não justificam o enfoque dado ao trabalho de rememoração, uma vez que não se pode rememorar “algo que nunca foi consciente” (FERENCZI, 1932/2011, p. 305). Nesse sentido, a utilização da interpretação como meio de acesso ao material recalcado não obteria nenhum êxito terapêutico, pois essas lembranças não se encontram no registro da representação. Frente a esse impasse técnico, podemos destacar a *análise pelo jogo* descrita por Ferenczi no artigo “Análise de crianças com adultos” (1931) como uma tentativa de intervir psicanaliticamente nessas manifestações não-verbais. No artigo, o autor descreve que:

o que é curioso, neste jogo, é não só que certas partes do corpo, como os dedos, a mão, os órgãos genitais, a cabeça, o nariz, os olhos, tornam-se representantes da pessoa toda e a cena onde todas as peripécias de sua própria tragédia são representadas e levadas à conciliação, mas também que se adquire através dele uma noção geral dos processos a que dei o nome de *autoclivagem narcísica*, na própria esfera psíquica. (FERENCZI, 1931/2011, p. 88, grifo do autor)

Assim, podemos destacar que, quando Ferenczi volta a sua atenção para a importância de uma atmosfera lúdica, de um jogo sustentado pelo analista, que possibilite a integração de certas partes cindidas da subjetividade, ele não visa apenas os fragmentos de lembranças, mas também o que chamou de *lembranças imobilizadas no corpo*, que se expressam através das mais diversas sensações corporais (FERENCZI, 1932/2011). De uma maneira geral, Ferenczi procurava atingir tudo o que se referia à memória de um período arcaico, incluindo “o lugar do não-representável, um lugar que não é o do recalçamento, [pois] está fora do

espaço psíquico da representação pela impossibilidade de rememoração” (FONTES, 2002, p. 41). De acordo com Pinheiro (1995) e Gurfinkel (1997), Ferenczi aprofunda a discussão sobre os sintomas psicossomáticos, nos deixando contribuições importantes sobre essa temática, no entanto, o conjunto de suas ideias “requer uma formulação mais estruturada” (PINHEIRO, 1995, p. 94).

Após essa exposição, podemos retomar a nossa descrição do sujeito contemporâneo, destacando que a atualidade das concepções de Ferenczi se justifica, uma vez que na contemporaneidade o sujeito expressa seu mal estar, sobretudo, pelo registro das intensidades, o que impede que suas variações afetivas sejam reguladas simbolicamente. Nesse sentido, Birman (2012), explicita que a canalização do excesso no registro da ação pode ser ilustrada pelas experiências caracterizadas pela repetição, sejam elas as compulsões aditivas ou a própria compulsão à repetição, como uma tentativa do psiquismo antecipar aquilo que foi vivido como imprevisível. Contudo, como explicita Garcia (2005), as subjetividades contemporâneas são marcadas por um empobrecimento no mecanismo de angústia-sinal, logo não há uma preparação para a angústia, como também, nenhuma expectativa. Nesta configuração há a predominância de uma angústia automática no espaço psíquico, que coloca o sujeito em um estado de desamparo característico das situações traumáticas. Em outras palavras, devido ao empobrecimento no mecanismo de angústia-sinal, o sujeito é acometido pela sensação de abismo e de estar “a mercê”:

uma baixa intensidade vinculatória favorece, portanto, o impacto traumático e, além disso, causa a falta de preparação para a angústia (...). Assim, a preparação para a angústia e o sobre investimento do sistema perceptivo defenderiam o aparelho psíquico, mais especificamente, o escudo protetor contra as intensidades excessivas, evitando o trauma. (GARCIA, 2005, p. 71).

Assim, devido a uma precária capacidade de investir e de construir vínculos libidinais o sujeito se torna mais vulnerável ao trauma, e, por conseguinte, a uma experiência traumática de desamparo. A autora acrescenta que essa frágil

constituição da camada protetora, que tem dificuldades em conter o excesso pulsional, é uma característica marcante do sujeito na contemporaneidade.

Para Salztrager, Verztman, Herzog, Pinheiro (2014), há uma nítida correlação entre a forma pela qual o laço social se caracteriza na atualidade e as novas modalidades de sofrimento que “vêm questionando a psicanálise, tanto no âmbito conceitual quanto no seu dispositivo terapêutico.” (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p.188). Na perspectiva dos autores, essas novas formas de padecimento psíquico remetem ao campo da *constituição de si*, e, por isso, podem ser entendidas como *sofrimentos narcísicos* (VERTZMAN, 2012). Vale ressaltar que essa constituição de si aponta para uma problemática da “experiência de ser”, o que se pode ilustrar tanto pelo quadro da melancolia, como da depressão:

Na melancolia, a centralidade assertiva [...] “eu sou nada”, aponta para a fragilidade da experiência de ser, em correlação com o desejo. Nestes casos, só se pode ser quando se é desprovido de atributos, quando o que se deseja está fora do mundo. [...] Na depressão, a centralidade da assertiva “eu já fui e hoje não sou mais”, expressa a condicionalidade da idealização narcísica para a experiência de ser, na contemporaneidade. O superinvestimento em uma imagem de perfeição narcísica própria a certo estágio do desenvolvimento, aliado à impossibilidade de suportar outras formas de relação com o outro, menos idealizadas, faz com que a experiência de ser do depressivo fique aprisionado num passado mítico no qual “eu era”. (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p. 190).

Segundo os autores, as duas formulações (“sou nada” ou “eu era”) colocam questões para uma prática clínica centrada no modelo da *neurose de transferência*, pois este pressupõe que o fluxo de tempo tenha uma continuidade. Logo, ainda que alguns aspectos do psiquismo possam ser “congelados” devido à neurose, o congelamento não pode se dar de forma integral, pois isto implicaria em uma absorção do eu. O próprio conflito psíquico, nesta perspectiva, só pode existir por conta do fluxo temporal, uma vez que este é a condição de possibilidade à transformação do sujeito. Sem esse fluxo, o sujeito se encontra aprisionado a um presente perpétuo (LASCH, 1979), e os processos de simbolização se tornam inviáveis (BIRMAN, 2012). É nesse sentido que esses

pacientes, caracterizados pela fragilização da constituição narcísica, escapam à metaforização, ou seja, fogem à condição do estabelecimento da transferência, como também do trabalho interpretativo.

Nesta linha de raciocínio, os autores indagam se o conceito técnico de transferência – que nos remete à neurose de transferência (FREUD, 1914a) – é capaz de dar conta das análises com os pacientes que se inscrevem no campo dos *sofrimentos narcísicos*. Afinal, no texto freudiano, a transferência foi pensada à luz de uma concepção do aparelho psíquico marcada pelo recalque e, ainda, em coadunação com a ferramenta analítica da interpretação. Outro ponto de questionamento suscitado será o do lugar do analista e a condução do tratamento com estes pacientes. Na tentativa de responder a essa questão, os autores resgatam a formulação de Ferenczi (1909) do analista como um *catalisador* para, então, articulá-la ao recurso da *construção*, tal como enunciado por Freud (1937b); noções que trabalhamos nos dois primeiros capítulos desse trabalho. O que nos interessa, neste momento, é elucidar como elas se coadunam e podem contribuir para o tratamento das formas de sofrimento narcísico.

Salztrager, Verztman, Herzog, Pinheiro (2014) sublinham que a *construção* é um processo criativo que se dá na relação transferencial e que busca fornecer um sentido para os fragmentos históricos do paciente que não estão acessíveis a ele. Desse modo, objetiva-se constituir uma trama narrativa que, por sua vez, possibilita ao analisando a elaboração de sua história e a reconstrução de uma narrativa em outros termos. Na concepção dos autores, este processo implica na participação do analista como um “catalisador de sentido”, ou seja, alguém que exerça a função de suporte para a metabolização e para as ligações simbólicas efetuadas pelo paciente. Tomando esta via, pode-se sustentar uma articulação entre a *construção* (FREUD, 1937b/1975) e a noção do analista como *catalisador* (FERENCZI, 1909), para pensarmos o manejo com as modalidades de sofrimento narcísico que se apresentam de maneira pregnante na clínica contemporânea.

[C]om estes pacientes, o analista deve comparecer na forma de um catalisador de sentido, ou seja, alguém que – conforme uma metáfora com o campo da química – estimula, dinamiza e, de certo modo, promove uma espécie de reação química. Aqui, o analista não é aquele que detém a autoridade, ou o saber, [...] tal como acontece nas práticas sugestivas. Tampouco, ele é aquele com quem o paciente vivenciará novamente toda a sua dimensão conflitante, tal como foi formulado por Freud [...].

Trata-se, antes de encará-lo, como um suporte necessário para o empreendimento de trabalho de metabolização de sentido por parte do paciente. (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p. 201).

Nesta perspectiva, o analista como “catalisador de sentido” será o suporte para que um trabalho de introjeção seja realizado pelo paciente, desde que a transferência consiga captar os afetos livres, para, assim, constituir novos sentidos. Nessa acepção, “a transferência é concebida como a articuladora da abertura polissêmica que análise pode operar”. (SALZTRAGER, VERZTMAN, HERZOG, PINHEIRO, 2014, p. 204). É, portanto, a partir dessa abertura de possibilidade à criação de uma narratividade acerca da história subjetiva, como também, do corpo, dos anseios e dos afetos, que podemos pensar o trabalho analítico como um processo de integração narcísica.

De acordo com Souza (2013), nesse tipo de clínica há uma maior predominância de aspectos referentes à

desfusão pulsional concebida como uma ameaça desagregadora que impede o funcionamento expressivo do processo primário e do princípio do prazer e que resulta na repetição de experiências traumáticas e na adoção de defesas primárias e empobrecedoras. A repetição do acontecimento traumático se expressa em análise de um modo que nada deve ao retorno do recalado. (SOUZA, 2013, p. 24)

Essas características que compõem o quadro de pacientes não neuróticos exigem um importante remanejamento do método analítico, que podemos encontrar, sobretudo, nos trabalhos de Ferenczi, Winnicott e Balint. Segundo o autor, no tratamento desses casos temos, da parte do paciente, uma regressão que visa, dentro de uma relação de confiança, proceder à integração psíquica que o trauma impediu de fazer; e do lado do analista

em acréscimo à neutralidade acolhedora da atenção flutuante, apontam para necessidade de que este empreste ao paciente sua própria capacidade imaginativa, ou seja, sua própria capacidade de livre associação. Esse empréstimo virá a tornar possível a elaboração imaginativa, ou seja, a elaboração simbólica dos

traumas e dos processos psíquicos por ele desencadeados. (SOUZA, 2013, p. 25)

Ainda segundo Souza (2013), a ampliação do campo da analisabilidade aos casos não neuróticos fez com que os psicanalistas lançassem uma maior atenção aos processos de simbolização e à importância do outro materno na constituição subjetiva. Com o passar do tempo, a construção das teorias sobre os processos de simbolização, somada ao aumento da incidência de patologias que impunham impasses à técnica clássica, passaram a exigir uma troca da patologia de referência para o pensamento da clínica psicanalítica. Para o autor, essa troca se deu em favor de patologias nas quais os processos iniciais de simbolização são falhos. Assim,

a compreensão de tais processos se deu a partir do estudos das psicoses, da melancolia, das estruturas narcísicas da personalidade, dos casos-limite, dos casos psicossomáticos, das adicções, dos casos de perversão, nos quais, cabe notar a sexualidade aparece muito mais como sexualização de situações traumáticas do que como expressão de conflitualidade pulsional. (SOUZA, 2013, p. 25)

Como pudemos acompanhar, os quadros clínicos que compõe a clínica contemporânea suscitam muitas interrogações para o campo psicanalítico. Birman (2000) fornece o exemplo da reação terapêutica negativa como uma expressão recorrente no atendimento dos *casos limites*, quando são abordados pelo modelo técnico da neurose. Essa discussão tem outro lado importante, pois, como sinaliza Birman (2002), a reação terapêutica negativa foi utilizada como um alibi, por segmentos do campo psicanalítico, para definir certos pacientes como inanalisáveis, sobretudo, a partir da década de 1970. Porém, o “campo dos pacientes inanalisáveis” foi se estendendo de tal maneira que se tornou mais volumoso do que o campo dos pacientes, supostamente, analisáveis. Por isso, em sua perspectiva, as novas formas de sofrimento psíquico impulsionaram o resgate de autores como Ferenczi e Balint, pois eles haviam enunciado modalidades de manejo clínico com pacientes que não se encaixavam no modelo da neurose.

A discussão acerca da mudança da patologia de referência na contemporaneidade veio acompanhada por uma nova leitura do narcisismo, o que

culminou em uma descrição teórica e clínica dos *estados limites*, na tradição anglo-saxônica e francesa, e dos *borderlines* na tradição norte-americana (BIRMAN, 2004). Isso aponta para uma colocação em questão do complexo de Édipo como um fator central da constituição do aparelho psíquico (BIRMAN, 2004). Por questões metodológicas, não poderemos pormenorizar essa discussão. O que nos interessa destacar é que a fragilização da constituição narcísica – que afeta tanto a demarcação dos limites intrapsíquicos, como dos limites entre o eu e o não-eu (GARCIA, 2010), – caracteriza as subjetividades na contemporaneidade, exigindo, assim, reformulações na técnica psicanalítica.

Como pudemos explicitar até esse momento, as subjetividades que compõem o cenário contemporâneo engendram impasses para a técnica psicanalítica, pois colocam em questão o modelo da neurose, exigindo, assim, reformulações técnicas que levem em consideração as falhas primitivas na constituição psíquica e a necessidade de acolhimento das intensidades que se apresentam pela via do corpo e pela ação. Nesse sentido, buscamos apresentar como o trabalho de Ferenczi pode nos ajudar a pensar os quadros clínicos contemporâneos. Afinal, a ênfase que o autor dirige à *contratransferência*, à importância do analista/ambiente se *adaptar* ao paciente, à *elasticidade* da técnica e à *regressão terapêutica*, são fundamentais para pensarmos o trabalho com a psicose, assim como com as perturbações que se dão no campo do narcisismo e da corporeidade. Em outras palavras, os desenvolvimentos técnicos de Ferenczi se tornaram imprescindíveis, uma vez que na contemporaneidade, o papel do analista é “pensado mais em termos de *acolhimento* e *sustentação* de experiências traumáticas que se repetem, do que de *neutralidade* e *atenção flutuante* para a escuta das associações livres” (SOUZA, 2013, p. 21, grifo nosso).

Na trilha aberta por Ferenczi, apresentamos de maneira mais detalhada o trabalho de dois importantes psicanalistas que aprofundaram suas teses. Balint e Winnicott, cada uma a sua maneira, ampliaram a compreensão psicanalítica dos primórdios da constituição subjetiva e dos efeitos oriundos de falhas ambientais que podem ocorrer durante esse processo. Os dois autores estabelecem uma linha de continuidade às contribuições ferenczianas ao sustentarem que a *adaptação* do analista/ambiente à especificidade clínica de cada paciente é crucial para o

estabelecimento de uma *atmosfera de confiança* que permita *regressões terapêuticas*.

Na concepção clínica de Balint, a análise deve criar uma atmosfera sincera e inofensiva para que regressões possam atingir estágios cada vez mais profundos até o *estágio de inocência* próprio do *amor primário*. Este movimento tem como objetivo promover progressões não traumáticas que sejam vivenciadas como experiências de *novo começo*. A função de acolhimento exercida pelo analista/ambiente é crucial para que *regressões benignas* possam ocorrer, uma vez que analista é o objeto para o qual o paciente irá transferir os seus afetos mais primitivos (BALINT, 1932; 1935). Estas intensidades precisam ser acolhidas em análise para que o sujeito não as sinta de forma desagregadora, podendo, assim, com a ajuda desse ambiente sincero e confiável, construir novas narrativas e novas formas de amar e odiar os objetos.

Em Winnicott, o trabalho analítico busca criar condições de possibilidade para que o paciente possa retornar, via regressões, a um momento anterior ao trauma, a um momento de *dependência*, a partir da qual, serão instaurados processos de *integração* subjetiva. Neste processo, a participação do analista/ambiente, em suas funções de *holding* e de *adaptação*, é crucial para criar um *espaço intermediário*, onde através do encontro afetivo proporcionado pelo *brincar* novos sentidos sejam criados, sobretudo, para o paciente, paralisado pelos efeitos traumáticos das falhas ambientais. (WINNICOTT, 1955; 1975).

Assim, tendo apresentado as contribuições teórico-clínicas de Balint e Winnicott, podemos concluir que ambos tomaram as últimas teorizações de Ferenczi acerca da técnica, como por exemplo, a *elasticidade*, o *relaxamento* e a *análise pelo jogo*, assim como a importância conferida à *regressão* e o acento no fator ambiental na etiologia das patologias psíquicas, como matriz para seus próprios desenvolvimentos psicanalíticos. Em outras palavras, a mudança de paradigma inaugurada pelas contribuições teórico-clínicas de Ferenczi para intervir psicanaliticamente nos casos que escapavam ao modelo clássico da neurose, foram aprofundadas pelas pesquisas de Winnicott e Balint. Nesse sentido, podemos encerrar o capítulo destacando que os impasses engendrados pela clínica contemporânea exigiram um movimento de retorno às concepções

destes autores e, sobretudo, às teses de Ferenczi, que, apesar das duras críticas no passado, hoje, podem ser vistas como cruciais à clínica contemporânea⁵⁷.

⁵⁷ Mezan (2002) retoma a frase de André Green na qual nomeia Ferenczi como o fundador da psicanálise moderna, no sentido de atribuir ao psicanalista húngaro o surgimento de uma clínica psicanalítica centrada na análise minuciosa do *aqui e agora*, na investigação das sutilezas transferenciais e do acompanhamento detalhado das relações de objeto. É nesse sentido, “e sem precisar por isso minimizar a importância decisiva de Freud - que não soa descabida a afirmação de André Green segundo a qual de Ferenczi descendemos todos os psicanalistas atuais – ainda que, como convém a uma filiação psicanalítica, esta também tenha permanecido por tanto tempo ignorada ou, quem sabe, reprimida.” (MEZAN, 2002, p. 172).