

livro: Da Pedagogia a Incomodum
Rio Janeiro: Francisco Alves
(1988)

1,80

22
Aspectos clínicos e metapsicológicos da
regressão dentro do *setting* psicanalítico¹
(1954-5)

O estudo do lugar da regressão no trabalho analítico é uma das tarefas que Freud deixou para que levássemos adiante, e penso ser este um assunto para o qual esta sociedade está preparada. Baseei esta idéia no aparecimento freqüente de material relevante a este assunto, em trabalhos lidos na sociedade. Em geral, não se chama especificamente atenção para esse aspecto de nosso trabalho, ou então referimo-nos casualmente a ele, à guisa de comentar o aspecto intuitivo ou de "arte" da prática psicanalítica.

A regressão é um assunto que chamou minha atenção devido à ocorrência, na última década, de determinados casos no meu trabalho clínico. Trata-se, obviamente, de um assunto muito vasto para ser apresentado de maneira completa aqui e agora. Desta forma, escolherei aqueles aspectos que me parecem úteis para introduzir a discussão.

A análise não é apenas um exercício técnico. É algo que nos tornamos capazes de fazer quando um certo estágio na aquisição de uma técnica básica é atingido. O que nos tornamos capazes de fazer permite que cooperemos com o paciente no andamento do *processo*, aquilo que, para cada paciente, tem seu próprio ritmo e segue seu próprio curso; todas as características importantes deste processo derivam do paciente e não de nós como analistas.

Devemos, portanto, ter em mente, da forma mais clara possível, a diferença entre a técnica e o levar a cabo um tra-

tamento. É possível levar a cabo um tratamento com uma técnica limitada e é possível não conseguir fazê-lo com uma técnica altamente desenvolvida. É também necessário termos em mente que, através do método legítimo de escolher cuidadosamente o caso, podemos, e geralmente o conseguimos, evitar o encontro com aspectos da natureza humana que estejam além do nosso equipamento técnico.

A escolha do caso implica classificação. Para meu propósito atual, agrupo os casos de acordo com o equipamento técnico que eles exigem do analista. Divido os casos nas três categorias seguintes. *Primeiro*, há os pacientes que operam como pessoas totais e cujas dificuldades estão na alçada das relações interpessoais. A técnica para o tratamento desses pacientes faz parte da psicanálise como esta foi desenvolvida por Freud no início do século.

Em *segundo lugar*, estão os pacientes nos quais a totalidade da personalidade está apenas começando a ser considerada como algo que se pode levar em conta; na verdade, pode-se dizer que a análise se relaciona com os primeiros acontecimentos que pertencem e se seguem, de forma inerente e imediata, não apenas à conquista da totalidade mas também à junção do amor e do ódio e ao reconhecimento da dependência que começa a despontar. Esta é a análise do estágio da preocupação, ou do que se tornou conhecido como a "posição depressiva". Estes pacientes requerem a análise do humor. A técnica utilizada nesse trabalho não difere daquela que é aplicável aos pacientes da primeira categoria; entretanto, surgem alguns novos problemas de manejo devido à maior gama de material clínico a que se tem acesso. Neste caso, a idéia da *sobrevivência do analista* como um fator dinâmico é importante do nosso ponto de vista.

No *terceiro* agrupamento, coloco todos os pacientes cuja análise deve lidar com os estádios primitivos do desenvolvimento emocional, antes e até o estabelecimento da personalidade como uma entidade, e antes da aquisição do *status* de unidade espaço-tempo. A estrutura pessoal ainda não está fundada de forma segura. Com relação a este terceiro agrupamento, a ênfase está certamente no manejo e às vezes o trabalho analítico comum com esses pacientes deve ficar suspenso por longos períodos, sendo mantido apenas o manejo.

Para recapitular, em termos de meio ambiente pode-se dizer que, no primeiro grupo, estamos lidando com pacientes que desenvolvem dificuldades durante o curso normal de sua vida familiar, supondo-se a existência de uma vida familiar no período pré-latência e de um desenvolvimento satisfatório nos estádios iniciais da vida. Na segunda categoria, da análise da posição depressiva, lidamos com o relacionamento mãe-criança, especialmente por volta da época na qual o termo desmame se torna significativo. A mãe sustenta *holds* uma situação no tempo. Na terceira categoria, encontra-se o desenvolvimento emocional primitivo, no qual é necessário que a mãe realmente sustente *hold* o bebê.

Na última dessas três categorias, se insere um dos meus pacientes que talvez tenha sido o que mais me ensinou acerca da regressão. Em outra ocasião, eu talvez possa fornecer um completo relato deste tratamento, no momento, porém, só me é permitido dizer que passei pela experiência de dar total liberdade à regressão e de observar os resultados.

Em poucas palavras, tive uma paciente (que agora está na meia idade) que havia feito uma boa análise comum antes de vir a mim mas que obviamente ainda necessitava de ajuda. Este caso havia-se apresentado originalmente como pertencente à primeira categoria da minha classificação mas, embora eu soubesse que um psiquiatra dificilmente diagnosticaria o caso como psicótico, era necessário um diagnóstico analítico que levasse em conta o desenvolvimento muito precoce de um falso *self*. Para que o tratamento fosse eficaz, era necessário uma regressão em busca do *self* verdadeiro. Felizmente, nesse caso, fui capaz de manejar por mim mesmo toda a regressão, sem a ajuda de uma instituição. Decidi no início dar total liberdade à regressão e, exceto uma vez no começo da análise, não foi feita qualquer tentativa de interferir com o processo regressivo que seguia seu próprio curso. (Esta única ocasião foi uma interpretação feita por mim, que surgiu do material analítico, sobre o erotismo e o sadismo orais na transferência. Ela foi correta, embora tivesse sido feita com seis anos de antecedência porque eu ainda não acreditava completamente na regressão. Para meu próprio bem, tive que testar o efeito de uma interpretação comum. Quando chegou a hora apropriada para fazer esta interpretação, ela havia se tornado desnecessária.) Foram necessários cerca de três a quatro anos para que a parte mais

profunda da regressão fosse atingida, depois do que se iniciou um progresso no desenvolvimento emocional. Não houve uma nova regressão. Houve uma ausência de caos, apesar de o caos ter sempre sido uma ameaça.

Passei, portanto, por uma experiência única, mesmo para um analista. Não posso deixar de me sentir diferente do que era antes desta análise ter início. Não-analistas não compreenderiam a enorme quantidade de coisas que esse tipo de experiência com *um* paciente pode nos ensinar; porém, entre analistas, posso esperar uma total compreensão do fato desta única experiência que tive ter testado a psicanálise de uma maneira especial e ter me ensinado muito.

O tratamento e o manejo deste caso exigiu de mim tudo que eu possuía como ser humano, como psicanalista e como pediatra. Durante o tratamento tive que passar por um crescimento pessoal que foi doloroso e que eu teria de bom grado evitado. Em especial, tive que aprender a examinar minha própria técnica sempre que surgiam dificuldades e a causa das doze ou mais fases de resistência provou sempre ser um fenômeno de contratransferência que exigia mais auto-análise por parte do analista. Não é meu objetivo neste trabalho fornecer uma descrição desse caso, já que se deve sempre escolher entre uma abordagem clínica ou teórica, e eu escolhi a teórica. Entretanto, este caso está o tempo todo em minha mente².

O principal é que, neste caso, como em muitos outros que a ele levaram na minha prática, precisei reexaminar minha técnica, mesmo aquela que se adaptava ao caso mais comum. Antes de explicar o que quero dizer, devo explicar meu uso da palavra regressão.

Para mim, a palavra regressão significa simplesmente o inverso de progresso. Este progresso em si é a evolução do indivíduo, psique-soma, personalidade e mente, com (eventualmente) formação de caráter e socialização. O progresso tem início em uma data certamente anterior ao nascimento. Existe um impulso biológico por trás do progresso. Um dos dogmas da psicanálise é que a saúde implica continuidade com relação a este progresso evolucionário da psique e que a saúde é a maturidade do desenvolvimento emocional, de acordo com a idade do indivíduo, isto é, maturidade com referência a este processo evolucionário.

Através de um exame mais cuidadoso, observa-se imediatamente que *não pode haver uma simples inversão do progresso*. Para que este progresso seja invertido, deve haver no indivíduo uma organização que permita a ocorrência da regressão.

Vemos:

Um fracasso de adaptação por parte do meio ambiente que resulta no desenvolvimento de um falso *self*;

Uma crença na possibilidade de correção do fracasso original, representada por uma capacidade latente para regressão, que implica uma complexa organização de ego; Provisão ambiental especializada, seguida pela regressão real;

Um novo desenvolvimento emocional progressivo, com complicações que serão descritas mais adiante.

Incidentalmente, penso não ser útil utilizar a palavra regressão sempre que um comportamento típico de bebê aparece na história de um caso. A palavra regressão originou um significado popular que não necessitamos adotar. Quando falamos de regressão em psicanálise, deixamos implícita a existência de uma organização de ego e de uma ameaça de caos. Há muito que estudar aqui acerca da maneira pela qual o indivíduo armazena memórias, idéias e potencialidades. É como se existisse a expectativa do surgimento de condições favoráveis que justificassem a regressão e oferecessem uma nova chance de desenvolvimento progressivo, tornado impossível, ou dificultado no início, pelo fracasso ambiental.

Pode-se ver que estou considerando a idéia de regressão dentro de um mecanismo de defesa do ego altamente organizado, que envolve a existência de um falso *self*. No paciente acima referido, esse falso *self* gradativamente tornou-se um "*self* zelador" e, somente após alguns anos, esse *self* zelador pôde ser passado para o analista e o *self* render-se ao ego.

Deve-se sempre incluir em uma teoria do desenvolvimento de um ser humano a idéia de que é normal e saudável para o indivíduo ser capaz de defender seu *self* contra o fracasso ambiental específico através de um *congelamento da situação de fracasso*. Ao mesmo tempo, há uma assunção inconsciente (que pode se tornar uma esperança consciente) de que mais tarde surgirá a oportunidade de uma experiência renovada na

qual a situação de fracasso poderá ser degelada e reexperimentada, estando o indivíduo em um estado regredido e em um meio ambiente que esteja fazendo a adaptação adequada. Está sendo aqui formulada a teoria da regressão como parte de um processo de cura, de fato, um fenômeno normal que pode ser adequadamente estudado na pessoa saudável. Na pessoa muito doente, as esperanças de que surja uma nova oportunidade são remotas. No caso extremo, seria necessário que o terapeuta fosse até o paciente, apresentando-lhe ativamente uma boa maternagem, uma experiência que não poderia ter sido esperada pelo paciente.

Há várias maneiras através das quais o indivíduo saudável lida com fracassos ambientais específicos, ocorridos no início da vida; é a uma delas que estou chamando aqui de congelamento da situação de fracasso. Deve haver uma relação entre isto e o conceito de ponto de fixação.

Na teoria psicanalítica, é freqüente afirmar que, no curso do desenvolvimento pulsional nas fases pré-genitais, *situações desfavoráveis* podem criar pontos de fixação no desenvolvimento emocional do indivíduo. Em um estágio posterior, por exemplo, no estágio da dominância genital, isto é, quando toda a pessoa está envolvida em relacionamentos interpessoais (e quando é bastante freudiano falar em complexo de Édipo e medo da castração), a ansiedade pode levar a uma regressão, em termos de qualidade da pulsão ao que é operativo no ponto de fixação, e a consequência é um reforço da situação de fracasso original. Esta teoria provou seu valor e é utilizada cotidianamente, não havendo necessidade de abandoná-la, enquanto a examinamos sob um novo ângulo.

Um exemplo simples seria o do menino cujo início da infância havia sido normal e que, na época em que fez tonsilectomia, foi submetido a uma lavagem, primeiro por sua mãe e, depois, por um grupo de enfermeiras, que tiveram que segurá-lo. Tinha então dois anos de idade. Seguindo-se a isso, teve dificuldades intestinais mas, aos nove anos (idade da consulta), aparece clinicamente como um caso severo de constipação. No meio tempo, houve uma séria interferência com seu desenvolvimento emocional em termos de fantasia genital. Este caso parece ter sido complicado pelo fato de o menino ter

reagido ao enema como se este fosse uma vingança da mãe provocada por sua homossexualidade. A homossexualidade foi então reprimida e, junto com ela, o potencial erótico-anal. É sabido que, na análise deste menino, seria necessário lidar com a atuação, uma repetição à compulsão associada ao trauma original. Sabe-se também que as mudanças neste menino não se seguiriam a uma simples reencenação do trauma mas sim à interpretação usual do complexo de Édipo na neurose de transferência.

Forneço isto como um caso comum, cujo sintoma era uma regressão a um ponto de fixação onde estava claramente presente um trauma.

Os analistas acharam necessário postular que, mais comumente, existem situações pré-genitais *boas*, às quais o indivíduo pode retornar no caso de surgirem dificuldades em um estágio posterior. Este é um fenômeno saudável. Surgiu portanto a idéia de dois tipos de regressão com relação ao desenvolvimento pulsional, um sendo a volta a uma antiga situação de fracasso e o outro a volta a uma antiga situação de sucesso.

Penso que não se tem dado suficiente atenção à diferença existente entre esses dois fenômenos. No caso da situação de fracasso ambiental, o que vemos é a evidência de *defesas pessoais* organizadas pelo indivíduo e que requerem análise. No caso mais normal da situação inicial de sucesso, o que vemos mais obviamente é a recordação da *dependência* e, portanto, encontramos uma *situação ambiental* em vez de uma organização de defesa pessoal. A organização pessoal não é tão óbvia porque permaneceu fluida e menos defensiva. Deve mencionar que estou me baseando em uma suposição, da qual parti muitas vezes antes e que nem sempre é aceita, de que quanto mais perto se está do início teórico, menos existe fracasso pessoal, e eventualmente há apenas fracasso da adaptação ambiental.

O que nos diz respeito, portanto, não é apenas a regressão a pontos bons e maus das experiências pulsionais do indivíduo mas também a regressão a pontos bons e maus da adaptação ambiental às necessidades do ego e do id na história do indivíduo.

Podemos pensar em termos de estádios genitais e pré-genitais do desenvolvimento da qualidade *pulsional* e usar a palavra regressão para designar simplesmente uma inversão do

progresso, uma viagem de volta do genital para o fálico, do fálico para o excretório, do excretório para o ingestivo. Mas, por mais que desenvolvamos nosso pensamento nesta direção, temos que admitir que uma grande quantidade de material clínico não se adapta à estrutura dessa teoria.

A alternativa é enfatizar o desenvolvimento do ego e a dependência e, neste caso, quando falamos de regressão, imediatamente falamos de adaptação ambiental com seus sucessos e fracassos. Uma das coisas que quero deixar especialmente clara é que nossa maneira de encarar este assunto tem se mostrado falha devido à tentativa de traçar as origens do ego sem desenvolver, à medida que avançamos, um interesse maior pelo meio ambiente. Podemos construir teorias do desenvolvimento da *pulsão*, concordando em deixar de lado o meio ambiente, mas não é possível fazer isto no que diz respeito à formulação do desenvolvimento *inicial do ego*. Sugiro que não deixemos de nos lembrar que o produto final de nossas considerações acerca do desenvolvimento do ego é o narcisismo primário. No narcisismo primário, o meio ambiente fornece um *holding* para o indivíduo e, *ao mesmo tempo*, o indivíduo não sabe da existência do meio ambiente e está em união com ele.

Se me fosse dado tempo, eu mostraria a maneira pela qual uma regressão organizada é às vezes confundida com retraimento patológico e clivagens defensivas de vários tipos. Esses estados se relacionam com a regressão, no sentido de serem organizações defensivas. A organização que torna a regressão útil se distingue das outras organizações defensivas pelo fato de carregar consigo a esperança de uma nova oportunidade de descongelamento da situação congelada e de proporcionar ao meio ambiente, isto é, o meio ambiente atual, a chance de fazer uma adaptação adequada, apesar de atrasada.

Disto se deriva o fato, caso seja realmente um fato, de que é possível uma recuperação espontânea da psicose, ao passo que o psiconeurótico é incapaz de se recuperar espontaneamente, sendo o psicanalista realmente necessário neste caso. Em outras palavras, a psicose está intimamente relacionada à saúde, na qual incontáveis situações de fracasso ambiental são congeladas, sendo, porém, atingidas e descongeladas pelos vários fenômenos da vida cotidiana que têm um poder curativo, a

saber, amizades, cuidados dispensados durante uma doença física, poesia etc., etc.

Parece-me que apenas recentemente na literatura a *regressão à dependência* passou a ocupar seu lugar legítimo nas descrições clínicas. Isto deve ter acontecido porque apenas recentemente nos sentimos fortes o suficiente na nossa compreensão do psique-soma e do desenvolvimento mental individual, para podermos nos permitir examinar e levar em conta o papel desempenhado pelo meio ambiente.

Gostaria agora de ir diretamente a Freud e de fazer uma distinção algo artificial entre dois aspectos de seu trabalho. Vemos como Freud desenvolveu o método psicanalítico a partir da situação clínica na qual era lógico usar a hipnose.

Examinemos a forma como Freud escolhia seus casos. Podemos dizer que, de toda a massa psiquiátrica, que inclui todas as pessoas loucas que estão em asilos, assim como as que estão fora deles, ele tratou daqueles casos que haviam sido *adequadamente cuidados no início da infância*, os psiconeuróticos. Talvez não seja possível confirmar isso através de um exame minucioso dos primeiros casos com os quais Freud trabalhou, mas de uma coisa podemos estar certos, o que é da maior importância: a própria história pessoal de Freud no seu início teve uma configuração tal, que lhe permitiu chegar ao período edipiano ou de pré-latência como um ser humano total, pronto para enfrentar seres humanos inteiros e pronto para lidar com relações interpessoais. As experiências de sua mais tenra infância haviam sido suficientemente boas, de forma que, em sua auto-análise, ele pôde deixar de se preocupar com a maternagem do bebê.

Freud toma a situação de maternagem inicial como algo natural e, de acordo com meu ponto de vista, *esta situação apareceu na sua criação de um setting para seu trabalho*, sem que ele tivesse muita consciência do que estava fazendo. Freud foi capaz de se analisar como uma pessoa total e independente e interessou-se pelas ansiedades que fazem parte das relações interpessoais. É óbvio que mais tarde ele examinou teoricamente o início da infância e postulou fases pré-genitais do desenvolvimento pulsional, continuando, junto com outros colaboradores, a elaborar detalhes e a se aproximar cada vez mais das origens da história do indivíduo. Este trabalho sobre as fases pré-genitais não foi levado até suas últimas conseqüências,

porque não se baseava no estudo de pacientes que precisavam regredir na situação analítica³.

Gostaria agora de esclarecer o modo pelo qual artificialmente divido o trabalho de Freud em duas partes. Em primeiro lugar, há a técnica psicanalítica da forma como gradualmente se desenvolveu e que é ensinada aos estudantes. O material apresentado pelo paciente deve ser *entendido e interpretado*. E, em segundo lugar, há o *setting* no qual este trabalho é levado a cabo.

Lancemos agora um olhar ao *setting* clínico de Freud. Enumerarei alguns dos pontos muito óbvios da sua descrição:

1. Diariamente, a uma hora estabelecida, cinco ou seis vezes por semana, Freud se punha a serviço do paciente (esta hora foi fixada de forma a se adequar à conveniência tanto do analista quanto do paciente);
2. O analista estaria lá, na hora, vivo e respirando;
3. Durante o período de tempo pré-fixado (cerca de uma hora), o analista manter-se-ia acordado e se preocuparia com o paciente;
4. O analista expressava seu amor através de seu interesse positivo e seu ódio através da forma rigorosa com que a sessão deveria começar e acabar e da questão dos honorários. Amor e ódio eram expressos honestamente, isto é, sem ser negados pelo analista;
5. O objetivo da análise seria entrar em contato com o processo do paciente, compreender o material apresentado, comunicar esta compreensão através de palavras. A resistência implicaria sofrimento e poderia ser suavizada pela interpretação;
6. O método do analista era a observação objetiva;
7. Este trabalho deveria ser feito em uma sala e não em um corredor, uma sala tranqüila e pouco propensa a ruídos repentinos e imprevisíveis, onde, ainda assim, não houvesse um silêncio mortal e se pudesse ouvir os ruídos normais de uma casa. Esta sala deveria ser adequadamente iluminada, não, porém, por uma luz diretamente no rosto, ou por uma luz variável. Certamente não seria escura e se apresentaria confortavelmente aquecida. O paciente deitar-se-ia em um divã, isto é, confortavelmente, caso fosse capaz

de se sentir confortável, e provavelmente ter-se-ia à mão, um cobertor e água;

8. O analista (como é sabido) mantém o julgamento moral fora da relação, não tem qualquer desejo de introduzir detalhes de sua vida e idéias pessoais, não desejando tomar partido com relação aos sistemas persecutórios, mesmo quando esses aparecem sob a forma de situações reais compartilhadas, locais, políticas etc. Naturalmente, caso haja uma guerra, um terremoto, ou se o rei morre, o analista não fica indiferente;
9. Pode-se confiar mais no analista na situação analítica do que nas pessoas encontradas da vida comum; ele é, no geral, pontual, não tendo ataques de raiva, não se apaixonando compulsivamente etc.;
10. Existe uma distinção muito clara na análise entre fato e fantasia, de forma que o analista não é magoado por um sonho agressivo;
11. Pode-se contar com a ausência da lei de talião;
12. O analista sobrevive.

Poder-se-ia dizer muito mais, tudo porém se resume ao fato de o analista *se comportar bem*, fazendo-o sem grande esforço por ser uma pessoa relativamente madura. Se Freud não tivesse se comportado bem, ele não teria desenvolvido a técnica psicanalítica ou a teoria à qual o uso da técnica o levou. O fato dele ter sido ao mesmo tempo perspicaz não invalida esta afirmação. O ponto principal é que praticamente qualquer detalhe pode ser considerado de extrema importância em uma fase específica de uma análise que envolva alguma regressão por parte do paciente.

Existe aqui um rico material para estudo e pode-se notar a existência de uma similaridade muito marcada entre todas essas coisas e a tarefa comum dos pais, especialmente a da mãe com seu bebê, ou a do pai desempenhando um papel materno, e a tarefa da mãe bem no início em alguns de seus aspectos.

Devo acrescentar que, para Freud, existem três pessoas, uma das quais encontra-se fora do consultório analítico. Se há apenas duas pessoas envolvidas, é porque houve uma regressão do paciente no *setting* analítico; o *setting* representa a mãe

com sua técnica e o paciente é um bebê. Existe um estado ainda maior de regressão, no qual apenas uma pessoa está presente, o paciente, mesmo se do ponto de vista do observador existem duas pessoas.

Minha tese até este ponto pode ser expressa da seguinte maneira:

A doença psicótica se relaciona a um fracasso ambiental em um estágio primitivo do desenvolvimento emocional do indivíduo. A sensação de futilidade e de irrealidade faz parte do desenvolvimento de um falso *self* que se desenvolve como proteção para o *self* verdadeiro; O *setting* da análise reproduz as mais antigas técnicas de maternagem. Convida à regressão pela confiança que inspira. A regressão de um paciente é um retorno organizado à dependência inicial ou dupla dependência. O paciente e o *setting* fundem-se na situação de sucesso original do narcisismo primário;

O progresso para além do narcisismo primário se inicia de novo, com o *self* verdadeiro capaz de enfrentar situações de fracasso ambiental, sem organizar defesas que envolvam a proteção do *self* verdadeiro por um falso *self*; Até este ponto, a doença psicótica só pode ser aliviada por uma provisão ambiental especializada, entrelaçada à regressão do paciente;

O progresso a partir da nova posição, tendo o *self* verdadeiro se rendido ao ego total, pode ser agora estudada em termos dos processos complexos do crescimento individual.

Na prática, há uma seqüência de eventos:

1. O fornecimento de um *setting* que transmita segurança;
2. Regressão do paciente à dependência, com o devido senso do risco envolvido;
3. A sensação, por parte do paciente, de um novo sentido de *self*, e o *self* até então oculto, rendendo-se ao ego total. Uma nova progressão dos processos individuais que haviam cessado;
4. Um descongelamento de uma situação de fracasso ambiental;

5. A partir da nova posição de força do ego, a raiva relacionada ao fracasso ambiental inicial, sentida no presente e expressa;
6. Retorno da regressão à dependência, em um progresso ordenado em direção à independência;
7. Necessidades e desejos pulsionais tornando-se realizáveis com uma vitalidade e um vigor genuínos.

Tudo isto, repetindo-se continuamente.

Deve ser feito aqui um comentário sobre o diagnóstico da psicose.

Ao considerarmos um grupo de pessoas loucas, é necessário fazer uma grande distinção entre aqueles cujas defesas encontram-se em um estado caótico e aqueles que foram capazes de organizar uma doença. Certamente, quando a psicanálise é aplicada à psicose, seu sucesso é mais provável no caso de uma doença altamente organizada. Meu próprio horror pessoal à lobotomia pré-frontal, e suspeita com relação ao E.C.T., derivam da minha visão da doença psicótica como uma organização defensiva cujo objetivo é proteger o verdadeiro *self*; e também, da minha sensação de que a saúde aparente com um falso *self* não tem valor para o paciente. A doença, com o verdadeiro *self* não ocultado, por mais dolorosa que seja, é o único estado bom, a não ser que possamos voltar com o paciente, como terapeutas, e remover a situação de fracasso ambiental original.

A esta se segue naturalmente uma outra consideração. Em um grupo de pacientes psicóticos, haverá aqueles que são clinicamente regredidos e aqueles que não o são. Não é de modo algum verdade que os clinicamente regredidos sejam os mais doentes. Do ponto de vista do psicanalista, pode ser mais fácil enfrentar o caso de um paciente que teve um colapso do que enfrentar um caso comparável em estado de fuga para a sanidade.

É necessário uma grande dose de coragem para ter um colapso mas pode ser que a alternativa seja uma fuga para a sanidade, uma condição comparável à defesa maníaca contra a depressão. Felizmente, na maior parte dos casos, é possível manter os colapsos dentro das sessões analíticas, ou então eles são limitados e localizados de tal modo, que o meio social do paciente pode absorvê-los, ou então agüentá-los.

Para clarificar a questão, gostaria de fazer algumas comparações:

O divã e as almofadas estão lá para serem usados pelo paciente. Aparecerão em idéias e sonhos, representando o corpo, o peito, os braços, as mãos etc. do analista de maneiras infinitamente variadas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento, por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã é o analista, as almofadas são seios, o analista é a mãe em uma certa época passada. No caso extremo, não é mais possível dizer que o divã representa o analista.

É correto falar dos *desejos* do paciente, o desejo (por exemplo) de estar quieto. No caso do paciente regredido, a palavra desejo é errada; no seu lugar, usamos a palavra *necessidade*. Se um paciente regredido *necessita* de quietude, então sem ela nada poderá ser feito. Se a necessidade não é satisfeita, o resultado não é raiva mas sim uma reprodução da situação de fracasso ambiental que interrompeu os processos de crescimento do *self*. Houve uma interferência na capacidade do indivíduo de "desejar" e testemunhamos o reaparecimento da causa original de uma sensação de futilidade.

O paciente regredido está próximo de uma revivência de situações de sonho e recordação; a atuação de um sonho pode ser a maneira através da qual o paciente descubre o que é urgente, e falar sobre o que foi atuado se segue a ação mas não pode precedê-la.

Ou então tomemos o detalhe da pontualidade. O analista não costuma manter o paciente esperando. Os pacientes sonham que o analista os faz esperar e, com todas as outras variações do tema, podendo ficar zangados quando o analista se atrasa. Isto tudo faz parte da maneira pela qual o material surge. Pacientes que regredem, porém, reagem de forma diferente ao momento inicial. Surgem fases nas quais tudo se aglutina em torno da pontualidade do analista. Se o analista está lá esperando, tudo está bem — se não, analista e paciente podem perfeitamente arrumar suas coisas e ir embora porque nenhum trabalho pode ser feito. Ou, se consideramos a impontualidade do próprio paciente, um paciente

neurótico que se atrasa pode estar em um estado de transferência negativa. Um paciente depressivo pode, através de seu atraso, estar proporcionando ao analista um pouco de descanso, um pouco mais de tempo para outras atividades e interesses (proteção contra a agressão, voracidade).

O paciente psicótico (regressivo) provavelmente se atrasa porque ainda não está estabelecida qualquer esperança de que o analista o atenda na hora. É fútil ser pontual. Tanta coisa se aglutina em torno deste detalhe que o risco não pode ser corrido, então o paciente se atrasa; desta forma, nenhum trabalho pode ser feito.

Novamente, os pacientes neuróticos gostam de *excluir* sempre a terceira pessoa e o ódio provocado pela visão de outros pacientes pode perturbar de maneira imprevisível o trabalho. Pacientes depressivos podem ficar contentes, ao ver outros pacientes, até que o amor primitivo ou voraz seja atingido e engendre sua culpa. Pacientes regressivos ou não fazem qualquer objeção à existência de outros pacientes, ou então não podem concebê-la. Outro paciente não é mais que uma nova versão do *self*.

Um paciente se entosca no divã, descansa a cabeça na mão, parecendo estar aquecido e contente. O cobertor está exatamente sobre sua cabeça. O paciente está só. Naturalmente, estamos acostumados a todas as variedades de retraimento raivoso mas o analista deve ser capaz de reconhecer este retraimento *regressivo* no qual ele não está sendo insultado, mas sim utilizado de uma forma muito primitiva e positiva.

Outro ponto é que a regressão à dependência é parte integrante da análise dos fenômenos do início da infância e, se o divã é molhado, ou se o paciente se suja, ou baba, sabemos que se trata de algo inerente, e não de uma complicação. O que é necessário aqui não é a interpretação e, na verdade, a fala ou mesmo o movimento pode arruinar o processo e ser excessivamente doloroso para o paciente.

Um elemento importante nesta teoria é o postulado do ego observador. Dois pacientes, muito parecidos quanto ao

aspecto clínico imediato, podem ser muito diferentes com relação ao grau de organização do ego observador. Em um extremo, o ego observador é quase capaz de se identificar com o analista e pode haver uma volta da regressão no final da sessão analítica. No outro extremo, há muito pouco de ego observador e o paciente é incapaz de se recuperar da regressão durante a sessão analítica, devendo-lhe ser dispensados cuidados maternos.

A atuação tem que ser tolerada neste tipo de trabalho e, no caso da atuação durante a sessão, o analista verá a necessidade de desempenhar um papel, embora geralmente de forma simbólica. Não há nada mais surpreendente, tanto para o paciente quanto para o analista, do que as revelações que surgem nesses momentos de atuação. No entanto, a atuação em si na análise é apenas o início e a ela deve sempre se seguir uma exposição em palavras daquilo que foi entendido. Aqui há uma seqüência:

1. Uma declaração do que ocorreu na atuação.
2. Uma declaração do que foi exigido do analista. Disto pode se deduzir:
3. O que falhou na situação de fracasso ambiental original.

Isto produz algum alívio, mas depois há:

4. Raiva que faz parte da situação de fracasso ambiental original. Esta raiva está talvez sendo sentida pela primeira vez e pode ser que o analista tenha que participar agora, sendo utilizado mais em função de suas falhas do que de seus sucessos. Isto é desconcertante, a não ser que seja compreendido. O progresso foi conseguido através da cuidadosa tentativa de adaptação do analista e, ainda assim, neste momento, é o fracasso que é destacado como importante por ser uma reprodução do fracasso ou trauma original. Nos casos favoráveis, finalmente se segue.
5. Um novo sentido de *self* no paciente e um sentido do progresso que significa crescimento verdadeiro. Esta deve ser a recompensa do analista, que a obtém através da identificação com o paciente. Nem sempre ocorre um estágio posterior no qual o paciente é

capaz de compreender a tensão pela qual passou o analista e de dizer obrigado de maneira verdadeiramente significativa.

A tensão que recai sobre o analista é considerável, especialmente se uma falta de compreensão e uma contratransferência negativa inconsciente complicam o quadro. Por outro lado, posso dizer que este tipo de tratamento não me deixou desnorteado e isto é, até certo ponto, uma compensação. A tensão pode ser bastante simples.

Em uma sessão vitalmente importante, próxima do início de um desses tratamentos, permaneci, e sabia que deveria fazê-lo, absolutamente imóvel, apenas respirando. Achei realmente difícil permanecer assim, especialmente porque ainda não conhecia o significado especial que o silêncio tinha para o meu paciente. No final, o paciente voltou do estado regredido e disse: "Agora sei que você pode fazer minha análise."

Às vezes é formulada a seguinte idéia: é claro que todo mundo quer regredir; a regressão é um piquenique; devemos impedir que nossos pacientes regridam; ou Winnicott gosta que seus pacientes regridam, ou os convida a fazê-lo.

Gostaria de fazer algumas observações básicas acerca da questão da regressão organizada à dependência.

Isto é sempre algo extremamente doloroso para o paciente:

(a) em um extremo, está o paciente que é razoavelmente normal; neste caso a dor é experimentada quase o tempo todo;

(b) a meio caminho, encontramos todos os graus de reconhecimento doloroso da precariedade da dependência e da dupla dependência;

(c) no outro extremo, está o caso do hospital psiquiátrico; aqui o paciente presumivelmente não sofre no momento por causa da dependência. O sofrimento resulta de uma sensação de futilidade, irrealidade etc.

Isto não nega o fato de que, em uma maneira localizada, é possível derivar uma extrema satisfação da experiência da regressão. Esta satisfação não é sensual. Deve-se ao fato de a regressão alcançar e fornecer um ponto de partida, o que eu chamaria um *lugar* a partir

do qual se pode operar. O *self* é alcançado. O sujeito entra em contato com os processos do *self* básicos que constituem o verdadeiro desenvolvimento e o que acontece a partir daqui é sentido como real. A satisfação provocada por isso é tão mais importante que qualquer elemento sensual da experiência regressiva, que este último não precisa ser mais que mencionado.

Não existem razões pelas quais um analista deva querer que um paciente regreda, a não ser razões grosseiramente patológicas. Se um analista gosta que seus pacientes regredam, isto eventualmente deve interferir com o manejo da situação regredida. Além disso, a psicanálise que envolve uma regressão clínica tem um decorrer muito mais difícil do que aquela na qual não é necessário fazer qualquer provisão ambiental adaptativa especial. Em outras palavras, seria agradável, se fôssemos capazes de trazer à análise apenas aqueles pacientes cujas mães, no início, e também nos primeiros meses, foram capazes de fornecer condições suficientemente boas. Mas esta era da psicanálise está inexoravelmente chegando ao fim.

Surge porém a questão: o que fazem os analistas quando a regressão (mesmo em quantidade diminuta) ocorre?

Alguns dizem rudemente: sente-se direito! Puxe suas meias!

Volte! Fale!

Mas isto não é psicanálise.

Alguns dividem seu trabalho em duas partes, embora, infelizmente, nem sempre reconheçam isto:

(a) são estritamente analíticos (associação livre através de palavras, interpretação através de palavras, não tranquilizar o paciente);
e também

(b) agem intuitivamente.

Aqui surge a ideia da psicanálise como uma arte.

Alguns dizem: inanalizável, e entregam os pontos. Um hospital psiquiátrico assume o caso.

A ideia da psicanálise como uma arte deve gradualmente ceder lugar a um estudo da adaptação ambiental relativa às

regressões dos pacientes. Porém, enquanto o estudo científico da adaptação ambiental ainda não se desenvolveu, creio que os analistas devem continuar a ser artistas em seu trabalho. Um analista pode ser um bom artista mas (como tenho freqüentemente perguntado): que paciente deseja ser o poema ou o quadro de outra pessoa?

Sei, por experiência, que alguns dirão: tudo isto leva a uma teoria do desenvolvimento que ignora os estádios iniciais do desenvolvimento do indivíduo, que atribui o desenvolvimento inicial a fatores ambientais. Isto não é verdade.

No desenvolvimento inicial do ser humano, o meio ambiente que se comporta suficientemente bem (que faz uma adaptação ativa suficientemente boa) possibilita a ocorrência do crescimento pessoal. Os processos do *self* podem então continuar ativos, em uma linha ininterrupta de crescimento vivo. Se o meio ambiente não se comporta suficientemente bem, o indivíduo fica então ocupado em reagir à invasão e os processos do *self* são interrompidos. Se esse estado de coisas chega a um limite quantitativo, o cerne do *self* começa a ser protegido; há uma interrupção, o *self* não pode fazer um novo progresso, a não ser até que a situação de fracasso ambiental seja corrigida da forma que descrevi. Com o verdadeiro *self* protegido, desenvolve-se um *self* falso, construído sobre uma base de defesa-submissão, a aceitação da reação à invasão. O desenvolvimento de um falso *self* é uma das organizações defensivas mais bem sucedidas em termos de proteção do cerne do *self* verdadeiro e sua existência resulta na sensação de futilidade. Gostaria de me repetir e dizer que, enquanto o centro operacional do indivíduo está no falso *self*, há uma sensação de futilidade e, na prática, a mudança para um sentimento de que a vida vale à pena surge no momento em que o centro operacional passa do *self* falso para o *self* verdadeiro, antes mesmo da total rendição do cerne do *self* ao ego total.

A partir disto, pode-se formular um princípio de existência fundamental: aquilo que procede do *self* verdadeiro é sentido como real (mais tarde bom), seja qual for sua natureza, ou seu grau de agressão; aquilo que acontece no indivíduo como reação à invasão ambiental é sentido como irreal (mais tarde mau), mesmo que seja sensualmente satisfatório.

Finalmente, examinemos o conceito de regressão, contrastando-o ao conceito de tranquilização. Isto se torna necessário

porque freqüentemente se classifica a técnica adaptativa a ser utilizada para ir de encontro à regressão de um paciente (erradamente, estou certo) como tranquilização.

Partimos do princípio de que a tranquilização não faz parte da técnica psicanalítica. O paciente entra e sai do *setting* analítico e, dentro do mesmo, não há mais que interpretação, correta, penetrante e oportuna.

Ao ensinarmos psicanálise, devemos continuar a falar contra a tranquilização.

Se, no entanto, procedemos a um exame mais cuidadoso, vemos que esta é uma linguagem demasiadamente simples. Não se trata apenas de tranquilizar ou não tranquilizar.

De fato, toda a questão necessita de um exame. O que é uma tranquilização? O que poderia ser mais tranquilizador para uma pessoa do que achar que está sendo bem analisada, que está em um *setting* confiável dirigido por uma pessoa madura, capaz de fazer interpretações penetrantes e precisas, e do que ver o próprio processo pessoal respeitado? É tolice negar que a tranquilização está presente na situação analítica clássica.

Toda a maneira como a psicanálise se organiza é uma grande tranquilização, especialmente a objetividade e o comportamento fidedignos do analista, e as interpretações transferenciais que usam construtivamente, em vez de explorar destrutivamente a paixão do momento.

Esta questão da tranquilização é melhor discutida em termos de *contratransferência*. Formações reativas no comportamento do analista são prejudiciais, não porque aparecem sob a forma de tranquilizações e negações, mas porque representam elementos inconscientes reprimidos no analista, que implicam uma limitação do seu trabalho.

O que se poderia dizer da *inabilidade* de tranquilizar de um analista? Se um analista fosse suicida? Para que seja feito algum trabalho, é necessário que *uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento exista no analista*, e isto é rapidamente sentido pelo paciente.

Não há por que descrever a regressão à dependência, com sua concomitante adaptação ambiental, em termos de tranquilização, da mesma forma que se tem toda a razão em considerar prejudicial a tranquilização em termos de *contratransferência*.

O que estou pedindo que os analistas façam acerca desta questão em seu trabalho prático?

1. *Não* lhes estou pedindo que atendam pacientes psicóticos.
2. Nada do que disse afeta os princípios da prática usual contanto que
 - (a) o analista esteja na primeira década de sua carreira analítica;
 - (b) o caso seja o de um neurótico verdadeiro (não-psicótico).
3. Sugiro que, enquanto esperam, através do aumento de sua experiência pessoal, poder enfrentar um caso no qual a ocorrência da regressão seja necessária, há muito que os analistas podem fazer para se preparar. Podem:
 - (a) observar a operação de fatores do *setting*;
 - (b) observar os exemplos menos significativos de regressão com um término natural, que aparecem durante as sessões analíticas; e
 - (c) observar e utilizar os episódios regressivos que ocorrem na vida do paciente fora da análise, episódios que, posso dizer, são geralmente desperdiçados, contribuindo muito para o empobrecimento da análise.

O principal resultado das idéias aqui formuladas, caso sejam aceitas, será a utilização mais precisa, rica e lucrativa dos fenômenos do *setting* em análises comuns de não-psicóticos, resultando, segundo creio, em uma nova abordagem a compreensão da psicose e no seu tratamento por psicanalistas através da psicanálise.

Sumário

A atenção é dada à questão da regressão da maneira como ela ocorre no *setting* psicanalítico. Relatórios de tratamentos psicológicos bem sucedidos de adultos e crianças mostram aumento cada vez maior da utilização de técnicas que permi-

tem a regressão. É o psicanalista, familiarizado com a técnica requerida pelo tratamento das psiconeuroses, que melhor pode compreender a regressão e a implicação teórica das expectativas do paciente que fazem parte da necessidade de regredir.

A regressão existe em diferentes graus, pode ser localizada e momentânea, ou total, envolvendo toda a vida do paciente durante uma fase. As regressões menos severas fornecem um material proveitoso para pesquisa.

A partir deste estudo, surge uma compreensão nova do "self verdadeiro" e do "self falso", do "ego observador" e também da organização egóica que permite que a regressão seja um mecanismo curativo, mecanismo este que permanece potencial, a não ser que seja fornecida uma adaptação ambiental nova e fidedigna, que possa ser usada pelo paciente para corrigir o fracasso adaptativo original.

Aqui, o trabalho terapêutico na análise se liga àquele feito pelo cuidado infantil, pela amizade, pela fruição da poesia e atividades culturais em geral. A psicanálise, porém, pode permitir e utilizar o ódio e a raiva que fazem parte do fracasso original, efeitos importantes capazes de destruir o valor da terapia produzida por métodos não-analíticos.

Ao se recuperar da regressão, o paciente, com o self agora mais completamente rendido ao ego, necessita da análise comum da forma como é planejada para o manejo da posição depressiva e do complexo de Édipo nas relações interpessoais. Por esta razão, se não por outra, o estudante deveria adquirir proficiência na análise de não-psicóticos cuidadosamente escolhidos, antes de proceder ao estudo da regressão. Um trabalho preliminar pode ser feito através de um estudo do *setting* na psicanálise clássica.

Notas

1. Trabalho lido para a British Psycho-Analytical Society em 17 de março, 1954, *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. XXXVI, 1955.
2. Caso a que também me referi na p. 417.
3. Observe-se que não estou afirmando que este trabalho teórico sobre a pulsão pré genital não poderia ter sucesso pelo fato de Freud

não ter tido contato direto com bebês, pois Freud certamente teve uma boa experiência como observador da situação mãe-bebê dentro de sua própria família e de seu trabalho. Além disso, não me esqueço que Freud trabalhou em uma clínica infantil, tendo feito observações detalhadas de bebês, quando estudava a doença de Little. O que estou afirmando aqui é que, *felizmente* para nós, no início o interesse de Freud não estava voltado para a necessidade de regredir do paciente na análise, mas sim no que acontece na situação analítica quando a regressão não é necessária e quando é possível tomar como certo o trabalho feito pela mãe e pela adaptação ambiental inicial na história passada de cada paciente.