

Nosso objetivo é o de situar algo do lugar de Balint na história da psicanálise, especialmente a partir de suas contribuições em relação à questão da REGRESSÃO EM ANÁLISE. Para isso, tomei seu texto “A regressão e a criança dentro do paciente”, que é o capítulo 14 de seu livro *A Falha Básica*, de 1968. E à medida que formos conversando trarei outras contribuições.

Mas, antes de adentrar no capítulo 14 gostaria de fazer alguns comentários sobre Balint e sobre este seu livro, que trouxe grandes contribuições à teoria psicanalítica.

Sobre M. Balint

Balint foi integrante da Escola Húngara de Psicanálise ou “Grupo Independente” (entre freudianos e kleinianos). Sua principal referência teórica foi Sandor Ferenczi e destacou por contribuições teóricas a partir de seus estudos e tratamentos de pacientes regressivos, ou da área da “falha básica”, que veremos melhor a seguir. Em termos de contribuição técnica, o destaque fica por conta dos aspectos emocionais presentes na relação do analista com o paciente. Como exemplo disto, podemos lembrar que ele dizia que a personalidade do analista é o primeiro medicamento (ou veneno) a ser oferecido ao paciente.

Com o aprofundamento dos estudos sobre estas relações entre o profissional e o paciente desenvolveu o que viria ser conhecido como “**Grupos Balint**”, justamente voltado para a discussão, entre profissionais, de suas experiências clínicas. Nesses grupos, a **contratransferência** do profissional era sempre um tema de destaque, e o grupo proporcionaria a chance de um “recomeço”, tentando-se romper o “**conluio de anonimato**”, ou seja, um acordo tácito que dilui a responsabilidade médica entre a instituição e a doença e exclui os “sujeitos” (profissionais).

Quanto a seus principais temas de estudo, temos a **incapacidade de amar**, ou seja, aquela queixa existencial de uma falta de ligação objetal, com o sujeito deixando-se entregar mais ao prazer e intensidades afetivas que a tomar e ser tomado pelos objetos. Nesse sentido, sua clínica esteve sempre muito voltada a pacientes com: Inapetência para a vida; Sensações de futilidade e irrealdade; Incapacidade de formar vínculos afetivos; e, dificuldade em ter prazer e amar.

E quanto ao seu livro “A Falha Básica”? O que podemos dizer, em linhas gerais?

Sobre o livro A Falha Básica

Os temas discutidos em “A Falha Básica” parecem ter ocupado toda a vida profissional de Michael Balint e sempre a partir do que acontecia em sua clínica. Talvez o seu maior objetivo tenha sido o de nos oferecer uma outra leitura que facilitasse a identificação e o manejo de pacientes com patologias regredidas. Uma outra leitura, distinta daquilo que chamava de uma tal mítica técnica “correta”.

¹ Quinto seminário do ciclo de encontros mensais sobre “Teoria da Técnica” psicanalítica, apresentado via online, em 10 de junho de 2023, das 15:00 às 17:00.

² Psicanalista, Historiador, Especialista em Sociopsicologia e MSc. em Ciências Sociais (PUC-SP). Atendimento e supervisão clínica online e presencial, em São Paulo. Coordenador do “*Grupo de Estudo Sobre a Obra de D. W. Winnicott*”, dos “*Seminários de Teoria da Técnica*” e “*O Pensamento de Winnicott*” e do *Grupo de Leitura “labirintos”*. Contato: analise.henrique@gmail.com

Rejeitando qualquer noção de uma possível técnica “correta”, Balint nos dirá que a “técnica” deve ser objeto de permanente atenção e estudo, já que ela sempre resultará daquilo que for feito no intuito de buscarmos uma melhor adequação à demanda de entendimento e comunicação trazida pelo paciente. A técnica resulta, portanto, da forma como analistas e pacientes se relacionam e se comunicam.

Mas, é um livro em que, para chegar a estas discussões sobre a técnica que envolve a relação entre o analista e o paciente, Balint nos apresenta suas concepções de “amor primário” e de “amor adulto”.

O “**amor primário**” se trataria de uma relação objetal arcaica e passiva onde há uma espécie de unidade mãe-bebê onde este espera ser amado, sem ter que retribuir. É um momento de harmonia e completa identidade. É o momento da “ternura”, da permeabilidade ao outro. Aqui estaria a “matriz do desejo” e da satisfação, que será sempre buscada, não exatamente como uma volta ao passado, mas para se buscar uma harmonia com o entorno para se poder “amar em paz”. Assim, podemos colocar, de um lado, a “ternura” (Ferenczi, Balint e Winnicott) e, de outro lado, a “voracidade” (Klein e Lacan) como ponto de partida para a constituição do sujeito. Para Balint, crítico da voracidade, seria a frustração inicial que poderia levar à uma falha básica na estruturação de alguns sujeitos.

Quanto ao “**amor genital ou adulto**” estaríamos, segundo Balint, diante de um “artefato” da civilização que mistura ternura pré-genital e satisfação genital e implica uma postura ativa de confiar no objeto, reconhecer direitos, negociar desejos e demandas. Neste novo contexto, a mãe retoma outras fontes de satisfação e a criança segue seu desenvolvimento em lidar com as contínuas falhas maternas. E é neste encontro com o outro cada vez mais constante, que as fronteiras eu/não-eu se desenham. Então, o amor adulto significa esforço, privação e troca, ao contrário do amor primário incondicional. A criança está diante, agora, da necessidade de novos caminhos para o amor, mas tendo que aceitar o outro e sua subjetividade. Claro que nada disso elimina o desejo de “fusão” que será sempre buscado, em algum grau.

Mas, e quando este caminho não pôde acontecer no seu desenvolvimento normal e saudável?

Balint nos diz que muitos pacientes se referiam a uma “**falha**” (uma sensação de “defeito”, mas não de “conflito psíquico”) dentro de si que precisava de correção, e de um sentimento de abandono, descuido, tudo isto no contexto de um profundo sofrimento e falta de vontade de viver. Era uma falha “básica” porque era anterior ao complexo de Édipo e seus conflitos psíquicos. Dizia mais respeito a uma severa falha na relação mãe-bebê rompendo-se precocemente o contato e a libido na relação, dando forma a personalidades narcisistas e borderline, que oscilam entre a angústia de invasão e a angústia de separação e vazio).

Nesse sentido, a tese central de Balint é a de que durante a infância precoce ocorrem interações que podem deixar marcas duradouras na personalidade e no funcionamento psíquico do indivíduo, daí a importância de um ambiente bom, seguro, nutritivo emocionalmente, para que a falha básica não se estabeleça no self através de uma ruptura ou uma deficiência nas funções psíquicas básicas, como capacidade de confiar, de estabelecer relacionamentos, de regular emoções, de desenvolver um senso de identidade, de integrar a experiência emocional, enfim. Seria esta falha básica, segundo Balint, que estaria na base de muitas dificuldades emocionais e de psicopatologias.

Com a falha básica, temos que a linguagem amorosa da ternura do bebê é violentada pela linguagem amorosa da paixão dos adultos, e isto é uma ameaça à constituição da sua subjetividade. E a falha ocorreria naqueles momentos da relação em que só contam as necessidades do bebê. Há uma falha na adaptação dos objetos às necessidades do recém-nascido. A falha é sentida como *um sentimento de que o entorno intencionalmente lhe negligencia cuidados, o que produz uma posição subjetiva de suspeita em relação aos objetos; seja pela sensação de culpa por não conquistar a atenção do entorno*

e, nesse sentido, responsabilizam-se pela falha dos objetos primordiais, o que suscita desconfiança em relação às próprias potencialidades (MELLO e HERZOG).

Estamos diante, então, de um sentimento de privação de amor que acaba por despertar o ódio, um reflexo da imaturidade subjetiva do indivíduo, que depende totalmente do outro para sobreviver. O "medo de ser largado" é enorme.

O resultado é uma severa angústia e apelo ao preenchimento – um “**pedido de cicatrização**”.

O que fazer? Que outros modos de satisfação podem surgir? **Todas as saídas serão narcísicas.**

Este quadro fica evidente quando o paciente manifesta ansiedades que o levam a buscar manter antigos modelos de relações objetais, através de posturas “ocnofílicas” (adesão desesperada ao objeto) e “filobáticas” (com fortes declarações de autossuficiência).

Por exemplo, já que a criança não é amada, ela vai amar a si própria, e isso mostra, para Balint, que todo narcisismo é secundário (ao investimento objetal original) e surge quando o outro rejeitou o pedido de amor que lhe foi demandado pela necessidade da criança. Desse modo, a gratificação narcísica seria uma “resposta”.

Mas, como pensar melhor estas duas respostas apontadas por Balint, a ocnofílica e a filobática?

A solução da **Ocnofilia** é uma forma de se lidar com a angústia “agarrando-se” em algum aspecto do objeto como se fosse um suporte (objeto símbolo de segurança) que, ilusoriamente, manterá o objeto e, portanto, a si mesmo como “salvo”. Tudo isso para evitar o medo e o pânico provocado pelo vazio do afastamento do objeto. Nessa posição não há lugar para se viver o prazer. Ou seja, enquanto o sujeito vive a ilusão de que está em contato com o objeto sente-se seguro. A presença do objeto é sempre reivindicada. O fato é que há aqui uma permanente frustração, pois o objeto nunca atenderá plenamente a essa função, pois tem vida própria agora. O termo deriva do grego, *Okneo*, “**agarrar-se**”, “**segurar-se com força**”. Como Balint nos diz: *O ocnofílico busca segurança aproximando-se dos objetos, ao passo que os espaços vazios entre os objetos são experimentados como arriscados e perigosos. Sendo assim, qualquer ameaça de perda do objeto gera uma angústia avassaladora, posto que sem ele, o indivíduo sente-se perdido e indefeso. A ideia é a de que o sujeito precisa se agarrar desesperadamente ao outro, como garantia de proteção, tal qual a criança se segura na sua mãe quando pequena. Como decorrência, instaura-se uma dependência e supervalorização das relações objetais em detrimento do desenvolvimento das potencialidades individuais para lidar com as vicissitudes do mundo. Nessas condições, o objeto ocnofílico assume um suporte vital para o indivíduo, símbolo do amor e segurança materna. Aqui “a demanda pelo objeto é absoluta”.*

Por outro lado, a filobatia é outra forma de se lidar com a angústia. Aqui, o excesso de “presença” e “ligação” é que priva o sujeito de autonomia e liberdade, fazendo com que o medo do contato leve a uma tentativa de “controle” sobre o objeto que fica ali, como um “equipamento” disponível, para uso. Ou seja, o sujeito vive na ilusão de que está auto suficiente, mantendo-se numa “zona de segurança”, sem precisar de algum objeto, visto sempre como perigoso, imprevisível, daí certa distância. Está relacionado à imagem do acróbata, que anda na ponta dos dedos, longe da terra firme. Como Balint nos diz: *O mundo do filobatismo se caracteriza pela distância e pela visão. O filobata busca segurança distanciando-se dos objetos, pois essa ligação é experimentada como imprevisível e suspeita. Desse modo, o indivíduo sente-se seguro apenas nas expansões sem objetos, longe de qualquer amparo, razão pela qual, evita-os ao máximo. A ideia é a de que o sujeito não precisa de nenhum objeto, que são, por sua vez, considerados como invasivos e incertos. Por conseguinte, há um superinvestimento nas próprias habilidades subjetivas para lidar com os riscos, cujo intuito consiste em manter-se somente com seus próprios recursos, dispensando o auxílio externo. Nessas condições, o sujeito assume uma “postura heroica” diante de si mesmo.*

Ambas as relações defensivas são relações ambivalentes de amor e ódio, confiança e desconfiança. São experiências que possuem a mesma raiz, não sendo excludentes. Assim, enquanto o ocnofílico “pula” sobre os objetos tentando incorporá-los, introjetá-los, pois se sente inseguro sem eles, supercatexizando suas relações objetais, o filobata super-catexiza suas próprias funções do ego. São posições subjetivas extremadas que visam minimizar o perigo do encontro com o objeto e recuperar o tempo da “mistura”. Porém, se não alcançasse o amar, se obtém algo, pelo menos, da “segurança” diante da fragilidade narcísica. São **ilusões** (da proximidade e da distância) resultantes da tentativa de se apropriar o mundo a partir de experiências primitivas.

Passemos agora às questões específicas trazidas por Balint no capítulo 14 sugerido para nosso encontro.

Sobre o capítulo 14

Para Balint é comum que os analistas “tolerem” uma outra forma de comunicação na análise que não seja aquela baseada em “palavras”. Mas, é bom que se perceba que uma das consequências é se abrir as portas para o **acting-out**, que equivale à regressão, onde na comunicação se dá essencialmente pela ação muscular, pelos gestos, que, em si, já podem ser vistos como sucessores de uma comunicação ainda mais primitiva, baseada em choros e gritos. Com a “ação”, haverá uma redução dos choros e gritos, que darão espaço ao surgimento mais sutil da comunicação pela fala e, gradativamente, à toda a riqueza de comunicação, seja consciente, onde as pulsões estão “domadas”, seja inconsciente, sob domínio das pulsões.

É natural que, na situação analítica, tais processos sejam revertidos, com o paciente, por exemplo, passando a expressar-se com intensidade primitiva. E isso acarreta modificações na intensidade e no tom de sua voz, na utilização de seus gestos e movimentos. As emoções podem vir à tona mais intensamente e ele pode chegar ao “ato”.

Aqui, faço um parênteses para falar sobre o “acting-out” (atuação, repetição). tradicionalmente, é visto como um mecanismo de defesa utilizado para a expressão de impulsos e emoções reprimidas de forma não verbalizada ou não simbolizada. Estamos falando, então, de impulsos que se transformam em ações diretas, sem reflexão prévia. Não deixa de ser, portanto, uma forma de se lidar com os conflitos internos na tentativa de se evitar a angústia a eles associada. É uma forma de expressão, dessa forma, não simbólica, marcada pela impulsividade, podendo, mesmo, ser agressiva e inadequada, pois há uma necessidade de alívio imediato. Apesar de tudo isto, ele não deixa de ser importante por fornecer boas pistas dos conflitos e necessidades do paciente.

É todo este quadro que acaba por dar origem a uma tendência regressiva que, poderá se realizar, dependendo da atuação do analista, de seu modo de expressão acerca das atitudes do paciente. É a sua forma de responder ao paciente que vai influenciar sobremaneira a “atmosfera” do consultório.

Freud foi o primeiro a falar sobre esta “atmosfera” criada pelas respostas do analista e as comparou a um “espelho bem polido”, através do qual o analista apenas refletiria o que se origina no paciente, sem “distorções” a questão é que isso só pode ocorrer se o material que vier do paciente consistir em “palavras”, que podem ser entendidas de uma forma adulta e convencional. Isso está implícito em Freud, já que não encontramos nele nenhuma interpretação de materiais não-verbais, embora ele registrasse a ocorrência de fenômenos assim. Dessa forma, para Freud, o espelho refletiria a imagem, sem modificar a sua natureza. Assim, a tradução do material não verbal em palavras iria além da função de espelho, típica do trabalho analítico. Ou seja, a função espelho é a de não traduzir o acting-out em palavras. Isso seria uma distorção, segundo Freud.

De qualquer forma, tanto o que vem na forma de palavras como o que vem na forma de “atuação”, contribui para a criação de uma determinada “atmosfera” e é neste contexto que vão surgir muitos fenômenos sugestivos de regressão.

Porém, segundo Balint, há muitas divergências quanto ao fenômeno da regressão, especialmente quanto à sua frequência, significado, importância e origem, ou seja, o quanto é provocado pelo paciente (sua personalidade, severidade de sua doença) e o quanto é provocado pela técnica do analista. Não são questões fáceis de solução, e o certo é que paciente e analista participam e provocam o fenômeno, cada um com sua parte específica no processo.

Conforme Balint, em geral, o paciente é gradualmente levado a mudar da “repetição” para a “recordação”, ou seja, das contribuições não verbais para a expressão em palavras. Enquanto isso, o analista parece não estar sob pressão e mantém seus procedimentos. Mas, isso não exclui situações em que o analista deverá ter uma melhor ideia sobre sua técnica ser mais “clássica” ou “adequada”. Isso vai variar de acordo com o caso.

Como os pacientes podem diferir em relação à regressão?

Para Balint, há dois comportamentos extremos, com vários outros intermediários.

Em um dos níveis extremos se obtém bons resultados terapêuticos sem se regredir muito além do nível edípico. No outro nível extremo, alcança-se um nível bem mais primitivo, para além do edípico, mas pode-se passar um bom tempo sem resultados reais e estáveis e somente melhorias pouco duradouras.

E, como o analista pode responder a estas situações? Não esqueçamos que as respostas do analista são parte muito importante para o desenvolvimento da “atmosfera”.

Exemplos muito comuns de resposta do analista são aqueles que dizem respeito, por exemplo, a um pedido do paciente por 5 ou 10 minutos a mais, ou ainda, o pedido de uma sessão extra, após o dia de trabalho, no fim de semana, nas férias. Claro que existe uma flexibilidade no atendimento, mas quais critérios seguir para tomar decisões?

Claro que é fundamental pensar-se que o analista também contribuiu para criar uma determinada “atmosfera” favorável a esses pedidos. E, muitas vezes, vamos perceber que aceitar ou gratificar algumas tendências regressivas do paciente, ou de acting-out, não é sempre incompatível com a técnica “clássica”. Ou seja, não pode ser tomado como um parâmetro inegociável.

Para além distas formas mais comuns que Balint vai nos propor para discussão, existem formas de o analista responder às regressões mais sutis do paciente. Ele pode agir:

- De forma indiferente
- Desaprovar
- Emitir um sinal de contrariedade
- Tolerar e fornecer uma interpretação oportuna, que possa ajudar o paciente a aprender a linguagem do analista e inibir outros acting-out, de uma forma simpática e segura
- Pode aceitar como justificável na situação analítica específica
- Pode, também, não só aceitar como gratificar algumas destas necessidades, sempre de forma compatível à situação analítica

Estas, e outras respostas, cada uma a seu modo, contribui para o desenvolvimento da “atmosfera” do tratamento, seja abrindo as portas para a regressão, seja uma pequena abertura, seja tentando evitá-la. É nesse sentido que, Balint nos diz que: *a regressão, durante o tratamento analítico, depende não só do paciente mas também do analista* (p. 77).

Mas, quais seriam as consequências da regressão que vai além do nível edípico?

Fica claro que todos os pacientes regridem até certo ponto, ou seja, *tornam-se infantis e sentem intensas emoções primitivas em relação ao analista* (p. 77). Isso sempre fez parte da transferência e é natural que, numa situação assim, a relação entre o analista e o paciente fique muito desigual, com aquele sendo visto como muito “poderosos”, “importante”, como capaz de gratificar ou de frustrar. O analista como “pessoa comum” praticamente não existe.

Tais fantasias do paciente, evidentemente, têm mais a ver com seu mundo interno do que com a personalidade do analista, e isso o faz sentir-se muito fraco e pouco importante, embora seus impulsos, necessidades e desejos é que devam ser atendidos. Ele sente-se sempre sendo o único foco de atenção. Este é um PADRÃO GERAL que Balint diz que todo paciente experimenta, apenas variando em duração e intensidade. Mais tarde, porém, *o paciente emerge espontaneamente dessa relação bipessoal primitiva, curando-se* (p. 77).

Alguns processos mais comuns que acontecem nesta relação são:

- As palavras perdem a credibilidade como meio de comunicação
- As interpretações tendem a ser experimentadas como sinais de hostilidade ou afeição
- Os pacientes começam a saber demais sobre seus analistas, estando, por exemplo, mais atentos aos humores do analista
- Tende a desligar-se um pouco mais dos seus próprios problemas e sofrimentos para centrar-se mais em adivinhar os “reais motivos” do analista para interpretar ou estar com certo humor etc.

Tudo isto, no paciente, absorve boa parte de sua libido, o que influi em sua “pulsão para melhorar” e para mudar e, por outro lado, faz aumentar sua expectativa sobre o analista, para além do razoável. Tudo o que vem do analista, seja em termos de simpatia e afeto, seja em termos negativos, é sentido de forma desproporcional. É nesse contexto que, para Balint: *a importância do passado está quase completamente perdida para o paciente; o que interessa é apenas o presente analítico... tudo isso poderia ser descrito como uma exacerbção da neurose de transferência ou de amor transferencial, que assumiu o comando completo da situação analítica e, de fato, tornou-se tão intensa que agora é impermeável às interpretações habituais* (p. 78).

Poder-se-ia dizer que há uma exacerbção da neurose de transferência ou do amor transferencial que, por se tornarem tão intensos, impedem as interpretações habituais. E situações assim levam a fracassos mesmo muitos analistas experientes e capacitados.

O fato é que, para Balint: *tais pacientes habitualmente são caracterizados como “profundamente perturbados”, “profundamente clivados”, “intensamente esquizoides ou paranoídes”, “sofrendo de uma profunda ferida narcísica”, “tendo um ego demasiado frágil ou imaturo”, e outros; todas essas descrições indicam que, nesses pacientes, a raiz do distúrbio vai além ou mais fundo do que o complexo de Édipo, que é a nossa habitual preocupação no paciente médio* (p. 78).

A proposta de Balint para uma melhor compreensão das dificuldades terapêuticas com estes pacientes é considerar a mente humana, ou talvez o que se chama de ego, constituída de três áreas:

- A área do complexo de Édipo – Aqui, a estrutura é caracterizada por uma relação triangular, entre o sujeito e dois objetos; a força típica vem de um conflito, e o nível dos processos mentais é aquele expresso em linguagem adulta convencional.
- A área da falha básica – Aqui, a estrutura que prevalece é a de uma relação exclusivamente bipessoal; a força mental não é a de um conflito, mas aquela que pode criar estados semelhantes ao da toxicomania, da avidez, e o nível dos processos mentais é geralmente chamado de “pré-edípicos”, “pré-genitais”, “pré-verbais”. O que Balint propõe, até para evitar as confusões entre estes termos, é a denominação de nível da “falha básica”.

- A área da criação – Aqui, temos a falta de um objeto externo e isso, inviabiliza a relação transferencial que pressupõe a presença deste objeto externo. com isso, não há como acessar diretamente o nível dos processos mentais e o tipo de força que nesta área atuam. É desta área, entretanto, que surgem vários processos importantes, como o problema do “silêncio”.

Enfim, como nos diz Balint, *podemos esperar encontrar na mente três diferentes conjuntos de processos terapêuticos e também esperar que os analistas provavelmente precisem de três diferentes conjuntos de medidas técnicas, cada uma voltada para influenciar a área correspondente da mente* (p. 79). O que chama a atenção de Balint é que, como na situação analítica apresenta muitas qualidades mais primitivas que o nível edípico seria de esperar um melhor desenvolvimento teórico e técnico para se lidar com os problemas da área da falha básica, bipessoal. Não é o que acontece e, pelo contrário, o que acontecia era o oposto, ou seja, *quase toda a nossa teoria se refere às estruturas e processos mentais pertencentes ao nível edípico, e o que é chamado de técnica analítica “clássica” – indubitavelmente o tipo mais bem fundamentado de todas as técnicas analíticas – lida quase que exclusivamente com problemas cuja estrutura dinâmica é ativada por um conflito ou conflitos, podendo ser expressos, sem muita dificuldade, em linguagem convencional, ou seja, com problemas pertencentes à área do Édipo* (p. 79-80).

Entre as áreas, então, existem questões técnicas de natureza distinta. Por exemplo, em algum momento do processo analítico o paciente pode deixar de cooperar e mostrar nenhuma capacidade de suportar qualquer tensão. Se for um período limitado podemos superar uma resistência passageira ou uma clivagem do ego transitória³. Mas, se for algo duradouro, pode haver a prevalência de mecanismos esquizoparanóides. Alguns atribuem a tais estados mais duradouros um ressentimento quase insolúvel contra a mãe e seus representantes quanto à falta de doação afetiva.

Claro que em todo paciente existe uma parte não cooperativa e pouco se sabe sobre o que leva o paciente a cooperar e em que intensidade, por um determinado período. Mas, é fato que, em casos de intensa regressão, muito da cooperação se perde. Ele perde a obediência à “regra fundamental”, tornando inútil tentar ajudá-lo a lembrar de suas queixas originais que o levaram à busca por ajuda analítica. O que acontece é que *ele passou a preocupar-se exclusivamente com sua relação com o analista, com as gratificações e frustrações que espera dela, parecendo ter perdido todo o sentido continuar o trabalho analítico. Quando se comprehende que esse tipo de transferência, que absorve quase toda a libido do paciente, possui a estrutura de uma relação exclusivamente bipessoal – em contraste com a transferência edípica “normal”, que é definitivamente triangular – isso é reconhecido como um outro sinal diagnóstico de que o paciente já atingiu a área da falha básica* (p. 80).

E aqui Balint chega ao ponto principal: COMO FAZER PARA QUE A PARTE NÃO COOPERATIVA DE UM INDIVÍDUO COOPERE, ISTO É, RECEBA AJUDA ANALÍTICA?

Aqui, Balint reforça que NÃO SE TRATA DE RESOLVE RESISTÊNCIAS, CONFLITOS NO NÍVEL EDÍPICO OU DE DESFAZER UMA CLIVAGEM. Seria *algo mais parecido com estimular ou mesmo criar no paciente uma nova disposição para aceitar a realidade e nela viver, uma espécie de redução do ressentimento, do desânimo etc., que surge em sua neurose transferencial como obstinação, inabilidade, estupidez, hiperkriticismo, falta de tato, avidez, dependência extrema etc.* (p. 80).

³ Aqui, é interessante esclarecer que quando Balint se refere à "clivagem" descreve um mecanismo de defesa em que os indivíduos dividem sua experiência emocional em partes opostas (aspectos positivos e negativos) de si mesmos ou de outras pessoas. Assim, "desfazer uma clivagem", como ele vai falar mais adiante, sugere o processo de integração e reconciliação dessas partes divididas. A cura psíquica ocorreria quando a clivagem fosse superada e as partes opostas unificadas, num processo que envolve aceitação e integração das emoções, pensamentos e aspectos de si mesmo que foram divididos. O objetivo em se desfazer a clivagem seria o de trazer à consciência os aspectos que foram separados, para serem trabalhados e integrados de forma saudável, permitindo maior compreensão de si e dos outros e promovendo o crescimento emocional.

Trata-se, então, segundo Balint, de um procedimento clínico diferente porque corresponderia àquilo que ele denominava de área da “falha básica”, e não a nenhum complexo, conflito ou clivagem. Seria uma falha na estrutura básica da personalidade, um defeito, uma cicatriz.

Claro que, em um contexto assim, é natural que o paciente não consiga contar sobre as causas de seu ressentimento e dependência, ou seja, contar sobre a falha ou “defeito” que carrega. Porém, alguns conseguem expressar algo pelo oposto, ou seja, fantasias de um “parceiro perfeito” ou uma “harmonia perfeita” com o entorno, um contentamento perfeito consigo mesmo e o mundo etc. mas, o mais comum é que fique repetindo que foi abandonado e que precisa que algo lhe seja devolvido.

Balint nos traz dois sonhos de uma paciente para ilustrar esta situação.

- No primeiro sonho, ela andava por um bosque e, de súbito, um pássaro com de carne voa sobre ela e causa um corte em sua testa. Segundo ela, o maior pavor foi que o pássaro sequer olhou para trás, como se não estivesse preocupado;
- No segundo sonho, ela estava em uma sala com amigos, mas nenhum deles a notava;

Ela sempre ficava sozinha, para sempre!

Pode acontecer, também, que o paciente fique repetindo que sabe que precisa cooperar, mas que antes precisa melhorar. É um discernimento da realidade (sabe que precisa cooperar) mas que só exacerba seu desespero, num círculo vicioso que só poderia ser rompido se algo o rompesse, algo que introduzisse uma substituição do que havia acontecido de errado.

O sentimento dominante é o de insaciabilidade e de convicção de que se a perda não for corrigida ele continuará mal, podendo enlouquecer ou até morrer.

Em todas estas situações estamos diante de fenômenos de regressão que remetem a uma conduta primitiva da infância. E isto nos mostra, segundo Balint, que qualquer neurose ou psicose possui aspectos muito primitivos com os quais o profissional terá que lidar – esta é A CRIANÇA DENTRO DO PACIENTE.

Esta criança dentro do paciente já enfrenta fortes dificuldades quando está envolvida com conflitos edípicos, mas tudo piora bastante quando um abismo passa a separar a “criança dentro do paciente” dos adultos quando da época da falha básica. Neste momento, estamos diante do “*infans*”, aquele que ainda não fala a linguagem convencional dos adultos.



Este abismo precisa ser atravessado para a continuidade do trabalho terapêutico. E sabemos que a “criança dentro do paciente” não consegue esta travessia sozinha. Então, como fazer a travessia? Quais as tarefas do analista e as do paciente?

Finalizando, Balint ainda levanta a possibilidade de diferenças que podem existir entre regressões ao nível da falha básica (talvez vinculadas às depressões profundas) e regressões de pacientes verdadeiramente esquizofrênicos.

De qualquer forma, destaca esta significativa questão técnica que é a travessia do abismo da linguagem entre o adulto e a “criança dentro do paciente”, e também destaca a questão técnica de se vencer a incapacidade do paciente de aceitar a realidade e cooperar com o trabalho terapêutico, questões que sempre necessitarão de desenvolvimentos, afinal, existem sempre muitas

eventualidades que ameaçam o terapeuta que tenta atravessar o abismo, e essas eventualidades são causadas justamente por suas próprias “respostas” aos fenômenos da área da falha básica trazidos pelo paciente.

Nos capítulos seguintes Balint discutirá estas questões. Mas, isso fica para outra oportunidade.

O que podemos ainda dizer é que são questões que merecem toda a nossa atenção.

Balint nutria uma enorme crença no “poder cicatrizante da relação”, daí apostar na qualidade do campo transferencial que cria uma “atmosfera” na relação analítica similar à relação mãe-bebê, seja pela linguagem utilizada, seja pelo modo de presença do analista (intensidade e tom da sua voz, gestos e expressões faciais, gestão do tempo e ritmo das sessões, a maneira como usa ou cala as palavras). Tudo com o objetivo de criar um ambiente de segurança para o indivíduo se despir de defesas e experimentar outra forma de relação, que o remete a modos de vinculação mais primitivos, daí a função do analista assemelhar-se à dos tempos da “mistura”. É neste contexto regressivo que pode ocorrer a cicatrização para que ele recomece, agora livre da imobilidade que a falha lhe deixara.



É preciso, então, aproximar-se da “**criança dentro do paciente**”. E, nessa trajetória, o estabelecimento de uma nova linguagem é fundamental. Assim, mais que interpretações sofisticadas e reveladoras, é preciso aceitar o paciente sem reservas, numa atmosfera de confiança que minimize as suspeitas em torno do ambiente. É por isso que a regressão também depende do modo como o analista responde a ela. **A regressão é uma experiência intersubjetiva e não intrapsíquica.**

E isto nada tem a ver com “gratificação” pois, não se trata aqui de compensar as privações dos tempos da infância, nem satisfazer todos os anseios e desejos do paciente, mas de respeitar o ritmo da sua subjetivação. É uma experiência de abertura, afetação e entrelaçamento entre o eu e o outro para se alcançar uma libertação das amarras defensivas.

Para que este entrelaçamento funcione, o paciente tem que ser compreendido na SUA linguagem e, por isso, algumas técnicas e parâmetro “clássicos” precisam sofrer adequações. Por exemplo, a frequência, o tempo de sessões, a abstinência do analista e o divã, tão presentes na análise de neuróticos, pode se revelar pouco útil para pacientes regressivos. Da mesma forma, algumas técnicas “kleinianas” como a posição muito segura e confiante do analista, como “modelo” para o paciente pode acabar reforçando uma idealização e gerar agressividades.

Daí algumas recomendações de Balint irem no sentido de:

- Evitar “interpretações consistentes”;
- Escutar a queixa, sem tentar, de imediato “analisa-la”, relacionando-a a algo, ou “organizá-la” em torno de uma “doença”. É preciso deixar a queixa “vaga”, escutando-a, mas sem ansiedade. O analista precisa lidar com essa sua “falta de resposta”;
- Isso não significa que o paciente “não tem nada”. Dizer isso a ele pode lhe trazer “culpas” e suas fantasias vão percorrer um longo caminho repleto de fantasmas (doença incurável, agressividade, resistência, regressão, clivagem do ego, antipatia, hereditariedade etc.)

Se as condições forem favoráveis e ocorrer uma entrega confiante à relação se poderá aceitar o risco de certo grau de depressão como condição inevitável da vida. E assim, recomeçar, com a experimentação de estados de confiança e tranquilidade e bem-estar. A regressão, então, pode colocar um fim à espiral de “intensas” necessidades que leva a estados semelhantes aos dos viciados. Só assim, podemos escapar às duas respostas defensivas extremas da ocnofilia e da filobatia, que

surgem devido à impossibilidade de confiar no outro. A regressão poderá trazer a abertura necessária para a recuperação desta confiança.

Estamos falando, desse modo, de uma clínica de “casos difíceis”, profundamente esquizóides ou narcisistas, cujas dificuldades de “ligação” e de lidar com a “perda” têm origens muito primitivas. Então, é fundamental um analista acolhedor, não intrusivo, interessado em conduzir o processo pela “regressão terapêutica”, pela qual procura reparar falhas do objeto primário e do ambiente através, especialmente, de uma atmosfera de “confiança”. O papel do analista deve lembrar o dos objetos primários, ou seja: precisa estar ali, precisa ser dócil, não deve oferecer muitas resistências, precisa ser indestrutível, precisa oferecer uma vida harmoniosa com uma mistura interpenetrante. É nesse contexto que as interpretações podem se dar, mas sempre no interior de uma atmosfera de tolerância com o acting-out, expressões não-verbais e queixas sem, entretanto, ter a ambição de oferecer respostas onipotentes.

Um analista assim, inevitavelmente, se defrontará com resistências não desprezíveis que vem de si mesmo. Daí a importância de estarmos sendo acompanhados e procurarmos nos conhecer da melhor forma a fim de estarmos melhor prevenidos para tudo aquilo que as associações dos pacientes tragam de ódio e de desprezo escondidos e que muitas vezes são insuportáveis a nós. Isto seria fundamental para evitar a “hipocrisia profissional” denunciada por Ferenczi. Temos que estar cientes de nossos incômodos e falar sobre eles com o paciente. Se não renunciarmos à “hipocrisia” não poderemos ir em busca da **confiança** do paciente, única capaz de reavivar o passado. Nessa hora, construções teóricas ou a nossa autoridade não são tão importantes, pois o que o paciente busca não é uma “expressão teatral de piedade”, como dizia Ferenczi, mas uma simpatia autêntica. E eles reconhecerão isto, seja pelo nosso tom de voz, nossas palavras, ou outra forma. O fato é que saberão de nossos pensamentos e emoções, sem que possamos “enganá-los” quanto a nós mesmos.

SOBRE O “TRAUMA” (nota de fim de capítulo) – Após certo desenvolvimento mais ou menos normal, se o indivíduo for afetado por um trauma o seu desenvolvimento passará a ser influenciado pelo modo que desenvolverá para lidar com esse trauma (sua falha básica). Não se está falando, necessariamente, de um evento único, mas a um contexto de “falta de adaptação” entre o indivíduo e o seu entorno. Nesse caso, a criança passa a tentar encontrar um jeito de lidar com a situação traumática por sua própria conta. Ele até pode encontrar um método próprio, fruto de seu desespero, e este método é que influenciará seu desenvolvimento a partir daí, pois é incorporado à estrutura do ego como forma de proteção. A *tarefa do tratamento analítico consiste em lidar com os medos que obstruem o caminho da readaptação – chamados de “fixações” – permitindo ao paciente ampliar suas potencialidades e desenvolver novos métodos de lidar com suas dificuldades*. Evidentemente, o resultado desse empreendimento também irá depender de quanto o trauma afetou o indivíduo e até que ponto o método escolhido é compatível com o desenvolvimento de uma forma de “amor genital”. *Em alguns casos, aparentemente é necessário voltar ao período pré-traumático, para que o paciente reviva o próprio trauma, mobilizando a libido nele “fixada” e encontrando novas possibilidades de lidar com os problemas envolvidos. Se o trauma ocorreu em um estágio relativamente tardio do desenvolvimento, o ponto ao qual o tratamento precisa retornar será o nível edípico, quando então não haverá necessidade de levar além a regressão, que será possivelmente ainda menos observável na situação analítica. Por outro lado, se o trauma o afetou em um ponto além da área edípica, é provável ocorrer e ser observada em uma regressão considerável.*