

Reflexões sobre a psicanálise quando sujeita à regressão^{1,2}

Frank Philips

Revista Brasileira de Psicanálise
volume 50, n. 1, p. 65-72 · 2016

Resumo

A regressão é, de certa forma, o acompanhamento de cada análise e isto deve ser diferenciado do *acting out*. A incapacidade para tolerar frustrações pode ser a causa de regressões mais profundas. O *insight* ganho através da análise é o mais importante fator para a regressão, por causa da inveja que este *insight* estimula. A acentuada confusão sentida pelo paciente, na situação regredida, pode tornar o analista negligente com o que realmente está acontecendo; daí a importância de se interpretar não só a natureza positiva da regressão como também seu significado negativo. A regressão possibilitada na análise pode tornar o paciente capaz de alterar alguns aspectos da primitiva catástrofe remanescente na sua mente. Diferenças de opinião entre analista e paciente emergirão continuamente; portanto, um constante acordo obliterará uma profunda instabilidade na transferência, da mesma forma que a ansiedade do paciente com relação à regressão. Assim, um conluio dentro de tal situação poderá ser mais bem evitado se o analista não tiver necessidade de sentir suas teorias impregnáveis. A atitude do analista para com a memória e o desejo se relaciona diretamente com o problema da regressão. A “cura” é a alternativa sedutora oferecida à capacidade do paciente para verificar quem ele é, ou seja, entre o reconhecer sua realidade psíquica ou ser “curado” de tal necessidade.

Palavras-chave

regressão; *acting out*; Bion; cura.

FRANK PHILIPS (*in memoriam*).

Cofundador da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), membro efetivo e analista em função didática da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), membro associado da Sociedade Britânica de Psicanálise.

A regressão é uma questão de grau e, de certo modo, caminha *pari passu* com qualquer psicanálise. A influência da regressão sobre o destino de uma análise é o aspecto que desejo focalizar neste trabalho. Destarte, tratarei aqui não só da problemática do paciente, mas também da temática do analista, em permanecer adequadamente imparcial, retendo ao mesmo tempo seu *insight*, no trabalho com o paciente. Para completar, referir-me-ei a um tema de técnica psicanalítica, tema este que considero fundamental.

Nossas interpretações, nosso principal instrumento de trabalho e nossa vinculação com o paciente, são, por este, constantemente atacadas – quando não até mesmo nossa própria capacidade para formulá-las. A análise desta característica está na dependência de uma adequada relação verbal analista-paciente, elo central de todos os elos do trabalho analítico. Uma interpretação psicanalítica é um pronunciamento da opinião do analista sobre os relatos feitos pelo paciente. No entanto, não importa que assuntos, ideias, teorias e sentimentos estejam sendo evidenciados pelo paciente, penso que se relacionam tão somente com o problema relativo ao que ele e seu analista fazem, quando juntos, durante cinquenta minutos por dia, nos cinco dias da semana, durante espaços de tempo relativamente longos. A análise torna-se, no conjunto das experiências de sua vida, não só a mais importante como ainda a mais complexa apresentada ao seu entendimento. Na tentativa de lidar com uma combinação de sua curiosidade, perplexidade e sentimentos de frustração, o paciente sente-se

atraído por qualquer ideia ou teoria que possa mobilizar. Se sua capacidade para tolerar frustração inerente à relação transferencial é muito frágil, isto pode fazer com que o equilíbrio se rompa, no sentido de favorecer ainda mais uma regressão mais profunda, ou uma acentuação de atuações, do que permitir que a frustração seja encarada como um problema a ser discutido com o analista. Claro está que o analista precisa distinguir cuidadosamente entre regressão verdadeira e *acting out*. Já que ambos tipos de mudança analítica, na conduta do paciente, se encontram ligados com as interpretações do analista e com o uso que o paciente faz delas, depreende-se que nem sempre é fácil ao analista decidir com qual dos aspectos está lidando. Se a angústia do paciente for muito acentuada, ou então seu mais regredido equivalente for muito inacessível – por exemplo, uma combinação de cisão, projeção e medos persecutórios –, nestas condições pode ser muito difícil transmitir qualquer coisa ao paciente, ou então este talvez não seja suficientemente capaz de verbalizar para permitir que o trabalho analítico possa progredir.

Esta é uma situação que se pode desenvolver numa análise sob regressão, e que pode ser, para o analista, das mais deprimentes, pois confronta-o, do mesmo modo que muitas outras experiências analíticas, como os desastrosos resultados dos sentimentos de inveja. Assim, penso que todo desenvolvimento ou sucesso se faz

acompanhar de conteúdos nos quais o problema da inveja é o fator responsável por tal revés. No caso de um paciente regredido, o fator mais responsável por esta regressão é o *insight* obtido através da análise, que é devido à inveja correspondente que ela estimulou.

Relacionada com o problema da inveja, existe outra característica nodal a se considerar no trabalho analítico com certos pacientes. Assim, podemos algumas vezes ficar sob uma alarmante sensação de que todas as nossas interpretações favorecem a regressão dentro da situação transferencial. A impressão que me ocorre a respeito é a de se estar andando sobre areias movediças. Muito embora estejamos frequentemente lidando com o que o paciente considera serem efeitos do passado, na verdade estamos lidando com o presente. De fato, não existe outra coisa com que se lidar. Em tais casos, a dor resultante de um ampliado do *insight* na conduta mental e emocional do paciente impele-o no sentido de provar quão real ainda é o passado, como forma de evitar a dor resultante de um desenvolvimento frente a suas percepções no presente. Devido, em parte, à intensa confusão sentida pelo paciente, por encontrar-se dentro da situação regressiva, o analista pode facilmente negligenciar a natureza do que está acontecendo, de modo particular, desvalorizando o sofrimento do paciente, ou seu medo a este, por causa do progresso que tornou o paciente capaz de um tão perturbador *insight*.

Considero, pois, da maior importância, quando da análise de pacientes regredidos ou em regressão, interpretar-se não só a natureza positiva desta regressão, na transferência, mas também seu significado negativo. É indubitável que o paciente tenha uma contribuição positiva, através de sua cooperação, muito embora a angústia oriunda de sua agressão possa, às vezes, obscurecer completamente esta cooperação. Tome-se, por exemplo, sua capacidade de tornar o analista um continente, no qual ele, paciente, pode depositar os aspectos não regredidos de sua capacidade de pensar e sentir, enquanto ele regride. Nestas condições, o paciente valoriza o analista como se este fosse parte preciosa de si mesmo, já que sente que o analista contém as partes mais valiosas de sua mente e de sua capacidade de pensar. A identificação projetiva que, sob tais circunstâncias, se vê ativada pode muito bem constituir a primeira tentativa da vida do paciente, feita por este, para desfazer alguns dos calamitosos efeitos que sente ter ocorrido durante a amamentação, quando, por qualquer razão, a capacidade do paciente para usar a identificação projetiva encontrava-se tão danificada ou enfraquecida. Nestas condições, o que o paciente sente é que seus ataques fantasiosos sobre o seio só lhe forneceram um “pavor inominável”. Assim, frequentemente, a única oportunidade que o paciente tem de alterar pelo menos alguns aspectos da primitiva catástrofe que persistiu em sua mente é uma regressão, possível sob as controladas condições de uma análise.

São frequentes as mostras de opiniões divergentes entre analista e paciente, de

tal modo que, quando um paciente concorda com tudo que lhe dizemos, é como se estivéssemos perante um sinal vermelho aceso. Creio que tal situação dissimula uma acentuada instabilidade na transferência, podendo ser reveladora, para o paciente, de sua angústia com relação à regressão, porque é indicação de sua angústia a respeito não só de sua íntima discordância com o analista como também de que ele é melhor analista que seu próprio. Uma característica desta situação, e sobre a qual se deve estar atento, é o elemento de conspiração que pode, sutil e silenciosamente, penetrar na relação verbal, no caso de o analista não conseguir distinguir entre uma atmosfera de concordância e uma concordância verdadeira. Penso que tal perigo será mais facilmente evitado se o analista não estiver preocupado em defender as teorias que usa de qualquer dúvida que as envolva. Só assim o analista poderá permanecer em contato com o que realmente significa sua interpretação para o paciente.

Vejamos outro exemplo. Suponhamos que o analista tenha sido capaz de interpretar o problema do paciente, com relação às diferenças de ponto de vista entre ambos, de tal forma que tenha compreendido a natureza da resistência. Nestas condições, o analista poderá observar – inicialmente mostrado através de camufladas evidências, mas em seguida muito mais claramente revelado – o profundo medo que o paciente tem ou sente do analista. Nossa própria intuição e experiência anteriores podem ajudar-nos a compreender que estamos testemunhando fenômenos de

natureza esquizoparanoide, caracterizados por medos e suspeitas de perseguidores, não só externos como também internos. Evidencia-se, então, que o paciente teme que o analista tenha conseguido reconhecer a natureza e a extensão de seus ataques de inveja e ciúme ao estado mental deste, que retaliatoriamente emprega suas capacidades superiores para forçar o paciente a entrar numa esquizofrenia, numa depressão suicida, ou então em ambas. Devemos supor, na situação, que o analista já tenha dado ao paciente interpretações que o capacitaram a sentir assim, ou seja, a sentir-se perseguido pelo uso que o analista faz do seu *insight*. No sentido de evitar as consequências oriundas do uso de seu próprio *insight*, que é derivado da parte neurótica de sua personalidade, e não da psicótica, o paciente pode decidir-se a atuar. Nestas condições, o paciente pode valer-se de um episódio psicótico, no sentido de demonstrar ao analista que este não é tão capaz, quanto o próprio paciente, de reconhecer sua realidade psíquica. É o tipo de resistência misturada com dinamite, isto é, extremamente perigosa. A partir do momento em que a situação regressiva se torna a única forma de comunicação do paciente – pelo menos é o que ele crê –, e já que, devido ao seu medo à dor, um dos principais objetivos de toda esta manobra é tornar o analista menos capacitado para atendê-lo, não é nada surpreendente que tal ataque à capacidade do analista possa ter sucesso, ocasionando total interrupção da análise.

Nestas condições, o único aspecto confiável, para ambas as partes, é a sanidade do analista e o uso que ele faz do seu único instrumento de trabalho, isto é, a interpretação. Apesar de tudo, de certa maneira, a interpretação é frequentemente efetiva. Mas neste ponto a verdadeira ameaça à análise reside no fato de o analista sucumbir ao fornecimento de reassuramentos, não só ao paciente como também a outros membros da família. O analista deverá evitar tal situação, uma vez que, através do reassuramento, contribuirá para a diminuição da realidade da experiência analítica; relaciona-se ainda com seus próprios problemas frente à psicanálise e a maneira pela qual ele pode responder às angústias estimuladas pelo seu trabalho com pacientes regredidos. Além da questão do estado mental do analista, que é assunto particular deste e relacionado com o analista do analista, subsiste ainda a questão do efeito que tal estado mental pode ocasionar nos pacientes. É fato perfeitamente observável, de vez em quando, que nossos pacientes, dentre os mais esquizoides e paranoides, captam de modo infalível em nós sinais que refletem nossa angústia ou nossa depressão.

Sucintamente, referindo-me a uma observação feita por W. R. Bion sobre a abordagem do analista ao seu trabalho e que me parece diretamente relacionada com o problema da regressão, o analista não deveria, em seu trabalho com o paciente, ter nem memória nem desejo – de modo particular, desejo de curar seu paciente.

Vejamos, em primeiro lugar, a questão da memória. O paciente a quem se aguarda para a sessão do dia deveria, como se o fosse, ser um “novo” paciente, o que permitirá que o material emergente não seja distorcido ou encoberto por causa da memória do analista. Isto só pode ser alcançado na medida em que o analista tenha sido capaz de eliminar sua memória sobre o paciente que veio ontem. Vista por este ângulo, a sessão de hoje será uma nova experiência, livre do perigo de tornar-se variação ou repetição de uma anterior. Além do mais, a ausência de memória no analista irá ajudá-lo a evitar o uso das interpretações “armazenadas”, que, de outro modo, tendem ao acúmulo; irá ajudá-lo também a evitar a tendência a manipular teorias como meio de satisfazer um desejo por “resultados”, capacitando-o, destarte, a responder a novas situações, portanto, ainda desconhecidas, que podem sobrevir. É claro que não estou aqui querendo dizer que meu trabalho não me lembre das mil e uma pessoas e fatos da vida do paciente, aos quais ele se refere; meu objetivo, no entanto, é não ter qualquer memória sobre o paciente, no sentido de ser capaz de esquecê-lo, para que da próxima vez que o ler obtenha algo mais dele. Se isto não me for possível, então tudo o que eu lembrar me impedirá de ter uma nova impressão. Torna-se, pois, importante que se diferencie, aqui, memória e lembrança, que não são, no trabalho analítico, necessariamente a mesma coisa.

Quando, tipicamente, o paciente nos diz: “Pensei muito sobre o que o senhor disse ontem etc.”, ele está, em geral, tentando

controlar a capacidade do analista para ouvi-lo livremente e impedi-lo de tirar suas próprias conclusões sobre o que está acontecendo hoje, forçando-o a recorrer à memória, deste modo evitando o que ocorreu desde então, mas que é ainda desconhecido. O assunto de hoje é completamente diferente e, assim, quanto menos “sessões de ontem” forem encorajadas, artificialmente, a figurar como um acontecimento vigente, como uma fotografia que mostra o “congelado” instante de um movimento, mais um progresso será obtido na sessão diária ainda desconhecida.

Este fenômeno, com o qual o analista se vê confrontado no seu relacionamento com o paciente, está ligado, segundo penso, com o que Bion denominou *transformação*. Eventualmente, talvez seja útil considerar qualquer regressão como manifestação de algum aspecto da transformação, e assim toda a ênfase que se coloca sobre a palavra *regressão* deve ser transferida para o termo *transformação*, que nestas condições pode muito bem tornar-se mais adequado às nossas necessidades. Podemos,

então, dizer que a regressão é o produto da memória distorcida por um fracasso da transformação, que inclui a inevitabilidade do esquecimento.

Voltemo-nos, agora, para a questão do desejo para com o paciente. À vista do fato de que seu paciente deseja a análise, poder-se-ia dizer que não é preciso que o analista tenha qualquer desejo pelo paciente. No entanto, infelizmente, nós analistas, do mesmo modo que nossos pacientes, fomos educados dentro de um clima no qual a palavra e o conceito de *cura* foram cuidadosamente considerados como indispensáveis para nossos objetivos. Suspeito que tenha sido muito negligenciada a conexão com a confiança sobre um objeto idealizado. Outro aspecto do mesmo assunto é aquele no qual, no passado, tendíamos a ficar preocupados com a obtenção de “bons” resultados na análise, ou então descrever aos nossos colegas como o nosso paciente tinha “melhorado”, podendo, assim, considerarmo-nos “bons” analistas etc. Penso que este tipo de coisa, dentro do nosso pensamento, obscurece o assunto fundamental

da realidade da psicanálise. Bion percebeu e descreveu a conexão entre a palavra *cura* e a inevitável presunção de onipotência e onisciência (ambas caminham *pari passu*), assinalando ainda o fato de que a capacidade para curar foi um critério estabelecido para a iniciação na irmandade de Cristo. É muito possível que, quando este assunto é negligenciado, esta “melhora” ou “cura” possa substituir a possibilidade de que o paciente tenha, conseqüentemente, dado muito pouca atenção às interpretações.

Considero arriscada qualquer conjectura quanto aos efeitos sobre a regressão quando a memória e o desejo são, pelo analista, considerados vitais para seu trabalho; mas penso que os efeitos devem fazer-se presentes. Num toco exemplo, provavelmente estaria contido no seguinte o que acabo de considerar: o paciente raciocina que, “se meu analista deseja curar-me, sentindo-se capacitado para tanto, então eu serei o paciente que porá à prova seus poderes”. E, na verdade, em casos nos quais o paciente se encontra muito regredido, de certo modo pode-se apreender sua

satisfação em sentir, e saber, que ele nos coloca em apuros. Frequentemente nos defrontamos, também, com outra característica muito real, ou seja, aquela de o paciente eximir-se da análise, chegando mesmo a não vir às sessões, sentindo que, através desta atitude, reforça a onipotência do analista. O paciente pode, então, pela mesma razão, desprezar seu analista.

A “cura”, conforme sugiro, é a sedutora alternativa à capacidade do paciente para submeter-se à experiência única de compreender quem ele é, para si mesmo. Isto significa, também, se ele, paciente, funciona realmente como ele ou como uma versão dele mesmo que foi “curada”. A alternativa que se apresenta é, assim, colocada entre reconhecer a realidade psíquica ou ser “curado” desta necessidade.



Notas

- 1 Trabalho original publicado em 1969: *Revista Brasileira de Psicanálise*, 3(3-4), 303-311.
- 2 Trabalho enviado ao VII Congresso Latino-Americano de Psicanálise, Bogotá, Colômbia, março de 1969.

Reflexiones sobre el psicoanálisis cuando es sometido a regresión

La regresión es, de cierta forma, el seguimiento de cada análisis y esto debe diferenciarse del *acting out*. La incapacidad para tolerar frustraciones puede ser la causa de regresiones más profundas. El *insight* obtenido a través del análisis es el factor más importante para la regresión, por causa de la envidia que este *insight* estimula. La acentuada confusión que siente el paciente, en la situación de regresión, puede tomar al analista negligente con lo que realmente está sucediendo; por esto es importante interpretar no solo la naturaleza positiva de la regresión, sino también su significado negativo. La regresión permitida en el análisis puede hacer al paciente capaz de alterar algunos aspectos de la catástrofe primitiva que permanece en su mente. Diferencias de opinión entre analista y paciente aparecerán continuamente; por tanto, un acuerdo constante obliterará una profunda inestabilidad en la transferencia, de la misma forma que la ansiedad del paciente en relación a la regresión. De esta forma, una colusión en medio de esta situación podrá evitarse de una mejor forma si el analista no tuviera necesidad de sentir sus teorías inexpugnables. La actitud del analista hacia la memoria y el deseo se relaciona directamente con el problema de la regresión. La “cura” es la alternativa seductora ofrecida a la capacidad del paciente de verificar quién es él, es decir, entre reconocer su realidad psíquica o ser “curado” de esta necesidad.

PALABRAS CLAVE: regresión; *acting out*; Bion; cura.

Reflections on psychoanalysis when it is subjected to regression

In certain way, regression is to follow each analysis and this should be distinguished from acting out. The inability to tolerate frustrations may be the cause of deeper regressions. The insight which is gained through analysis is the most important factor to regression because of the envy which is roused by this insight. The accentuated confusion the patient feels in the regressed situation may make the psychoanalyst neglect what is really happening; whence the importance of interpreting not only the positive nature of regression but also its negative meaning. The regression which is enabled in psychoanalysis may make patients able to change some aspects of the primitive catastrophe that is still remaining in their minds. Different opinions between patient and analyst will continually arise. Therefore, a constant agreement will obliterate a deep instability in transference, and in the same way it will eliminate the patient's anxiety in relation to regression. An arrangement in this situation may be better avoided if the analyst has no need to feel that his (or her) theories are impregnable. The analyst's attitude towards memory and desire is directly related to the regression issue. The “cure” (or “healing”) is the attractive alternative offered to the patients' ability of verifying who they are, i.e., the attractive alternative between recognizing their psych reality and being “healed” of that need.

KEYWORDS: regression; acting out; Bion; cure.