

História da psicanálise

Um capítulo húngaro da história da psicanálise

As contribuições de Ferenczi, Spitz e Balint para o estudo das formas passivas de adoecimento psíquico¹

Nelson Ernesto Coelho Junior²

Resumo: Na história da psicanálise, podem ser reconhecidas descrições de algumas formas de adoecimento psíquico que ganham a capacidade de enrijecer e crescer, gerando verdadeiras interrupções nos processos de saúde, com regressões intensas e desorganizações psíquicas graves. Constituem-se, desse modo, adoecimentos psíquicos marcados por descontinuidades severas nos processos de saúde. Em alguns casos, tais interrupções ocorrem de forma muito radical e bem no início da vida, isolando uma área do psiquismo, deixando-a deserta. Não será difícil reconhecer nessa argumentação as bases do pensamento de Ferenczi (mas também de Spitz e Balint) sobre o traumatismo precoce e sua descrição clínica das defesas passivas, com sensações de estar afundando e morrendo.

Palavras-chave: história da psicanálise, passividade, Ferenczi, Spitz, Balint

As contribuições de Sándor Ferenczi

Na história da psicanálise, a introdução da ideia de formas passivas de adoecimento psíquico teve sua primeira formulação com as reflexões psicopatológicas elaboradas por Sándor Ferenczi (1873-1933). A posição complexa e conflitiva de Ferenczi entre os autores fundadores da psicanálise já foi tema de muito debate e controvérsia. Inegável, porém, é a importância do psicanalista húngaro para os desenvolvimentos clínicos e teóricos, o que o fez o grande

1 Este artigo faz parte de um conjunto de estudos sobre as matrizes psicanalíticas do adoecimento psíquico, realizado em parceria com Luís Claudio Figueiredo (cf. Figueiredo, 2017).

2 Professor doutor do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), psicanalista e autor de *Dimensões da intersubjetividade* (2012), entre outros livros e artigos em periódicos nacionais e internacionais da área.

patrono do trabalho de muitos autores pós-freudianos, em particular nas discussões psicopatológicas e técnicas em torno dos casos não neuróticos.

Não resta muita dúvida de que, desde o abandono freudiano da teoria da sedução e, portanto, do trauma sexual real vivido como causa dos processos de adoecimento psíquico, coube a Ferenczi e a Otto Rank (1884-1939) a renovação do interesse psicanalítico pelo papel do trauma real vivido nos processos de constituição subjetiva. De Rank, vale destacar a importância para a história da psicanálise da publicação, em 1924, de seu livro *O traumatismo do nascimento*. Ele retoma e aprofunda algumas ideias de Freud que sugerem o nascimento como o modelo fundamental do afeto de angústia, mas ao mesmo tempo procura estabelecer uma generalização absoluta dessa hipótese:

Examinemos ... o caso típico do estado de angústia que uma criança sente quando é deixada sozinha em um aposento escuro. Essa situação recorda à criança, que ainda está sob a impressão inconsciente do traumatismo primitivo, sua situação intrauterina, com a única diferença de que dessa vez a separação da mãe é intencional, a criança percebe-o e o útero é “simbolicamente” substituído pelo aposento escuro ou pelo leito cálido. A angústia, nos diz Freud, desaparece logo que a criança de novo adquire consciência da existência (da proximidade) da pessoa amada (pelo contato ou porque lhe ouve a voz etc.). (1924/1934, p. 28)

São processos de separação e união retomados, segundo Rank, em diferentes momentos de nossa existência, trazendo sempre as marcas de uma angústia precoce fundada na experiência traumática do nascimento. Freud, por outro lado, considerava que os sentimentos de perda do amor e de sofrimento em relação ao objeto de amor geram danos permanentes e uma cicatriz narcísica. E não só: geram também uma perturbação na economia energética do organismo, o que leva à ativação de mecanismos de defesa. Nesse sentido, tanto para Freud como para Rank o trauma seria constitutivo do aparelho psíquico.

Ferenczi, por sua vez, propõe abandonar a ideia do caráter originário do traumatismo. Ele considera, em seu texto “A adaptação da família à criança” (1928/1992a), que o bebê está pronto do ponto de vista fisiológico para o nascimento e que cabe aos pais transformar o ambiente no mais agradável possível, evitando uma vivência traumática.

Ferenczi foi o primeiro teórico a intuir e a conceituar o papel continente e de ligação psíquica do objeto externo de forma mais elaborada. Segundo ele: “O trauma do nascimento é isento de perigo e não deixa traços substanciais, porque o mundo circundante ocupa-se imediatamente da reparação” (1990, p. 105). Indica os efeitos constitutivos e vitalizantes dos investimentos positivos realizados pelo objeto. Nesse sentido, sua teorização a respeito do trauma

recusa a concepção freudiana do desamparo (*Hilflosigkeit*) próprio a todo ser (Moreno, 2014).

O ponto de partida de Ferenczi para a compreensão dos processos psicopatológicos é a importância que ele confere ao fator traumático precoce, insistindo em sua origem exterior ao organismo, relativizando com isso o que ele chamou de *explicações apressadas*, ou seja, a predisposição e a constituição. Além disso, para Ferenczi, a constituição do psiquismo depende, em grande medida, de processos em que caberia reconhecer formas passivas de organização psíquica. Trata-se de uma dimensão bastante precoce do funcionamento psíquico em que a imitação tem papel fundamental, como ele sugere numa passagem do *Diário clínico* escrita em 1932:

Num processo psíquico cuja importância talvez não tenha sido suficientemente apreciada, nem mesmo por Freud, a saber, *o processo de identificação como etapa preliminar de relação objetal*, não avaliamos até hoje de modo suficiente a força operatória de uma forma de reação já perdida para nós, mas, não obstante, existente; trata-se, porém, muito possivelmente, da força operatória de um princípio de reação de natureza muito distinta, ao qual a designação de *reação* talvez não convenha em absoluto; por conseguinte, um estado no qual todo ato de autoproteção e de defesa está excluído e em que toda influência externa permanece em estado de impressão, sem contrainvestimento do interior. ... talvez não seja também mais do que um sinal de fraqueza da pulsão de vida e da autoafirmação, é possível até que já seja um começo de morte, mas de algum modo em suspenso. (1990, pp. 189-190)

Ferenczi nomeia esse estado como “uma espécie de mimetismo, esse modo de ser impressionado sem autoproteção”, indicando um funcionamento psíquico muito primitivo, anterior à motilidade e às principais capacidades intelectivas de uma criança pequena, anterior à possibilidade alucinatória: “Antes do período alucinatório existe, portanto, um período de mimetismo puro; ... um abandono parcial da débil tendência para a afirmação que acaba de ser tentada, uma resignação e uma adaptação imediata do próprio eu ao meio” (p. 190).

Para Avello, a função do mimetismo é a de “adaptar-se ao ambiente, para sobreviver nele e com ele se confundir” (1998, p. 230), como nos processos biológicos. O excesso de pressão ambiental tende a eliciar um processo mimético como modo de sobrevivência. A questão é que, em termos ferenczianos, essa forma de sobrevivência implica a morte parcial de algumas possibilidades psíquicas de reação, notadamente quando é resultado de um trauma precoce. Já Ribeiro indica que o mimetismo descrito por Ferenczi revela uma forma original de vida, “inteiramente incompatível com as autodefesas e propicia a fazer com que a subjetividade nascente receba passivamente as formas de ser e de agir das pessoas que compõem o ambiente inicial da criança” (2014, p. 139).

Os quadros psicopatológicos decorrentes dos traumas precoces trazem a marca das cisões e seus aspectos mortíferos, que para Ferenczi parecem estar mais próximos do que Avello (1998) denomina de *paixão de morte* do que da pulsão de morte tal como concebida por Freud. Trata-se de uma forma de “resposta” passiva e passional do sujeito à ação traumatogênica vinda do ambiente. Mais do que uma força mortífera constitucional, seria a presença da inoculação de aspectos mortíferos oriundos do objeto, seja por sua ausência e desinteresse, seja por seus aspectos sádicos e destrutivos. Com isso, “fica impedido o processo de ligação libidinal, engendram-se defeitos na organização narcísica e conduz-se a significativas falhas na capacidade mental para representar e fantasiar” (Bokanowski, 2004, p. 20). Como sugere Guasto, “um trauma extremo não apenas promove de forma intensa agonias e choques psíquicos como priva a vítima da confiança básica fundamental. Por causa disso, a vítima é levada a buscar uma base segura no próprio agressor” (2014, p. 46). As temáticas do masoquismo e da identificação com o agressor ganham assim sua matriz mais provável.

No texto “Confusão de língua entre os adultos e a criança”, Ferenczi indica que nos casos de trauma precoce uma parte da personalidade da criança,

o seu próprio núcleo, permaneceu fixado num certo momento e num certo nível, onde as reações aloplásticas ainda eram impossíveis e onde, por uma espécie de mimetismo, reage-se de maneira autoplástica. Chega-se assim a uma forma de personalidade feita unicamente de id e superego, e que, por conseguinte, é incapaz de afirmar-se em caso de desprazer. (1933/1992c, p. 103)

Essa passagem, bastante citada, remete-nos tanto às consequências intrapsíquicas do trauma quanto à origem do trauma. Mais à frente no mesmo texto, retomando a ideia freudiana de que a capacidade de um indivíduo sentir um amor objetual deve ser precedida de um estágio de identificação, Ferenczi assinala: “Se, no momento dessa fase de ternura, se impõe às crianças mais amor, ou amor diferente do que elas desejam, isso pode acarretar as mesmas consequências patogênicas que a privação de amor até aqui invocada” (p. 103). O trauma precoce é marcado tanto pela falta quanto pelo excesso (libidinal).

Alguns anos antes, em conferência realizada em Londres, em 1927, Ferenczi apresenta aspectos importantes de sua noção de trauma precoce e aponta para o fato de que a falha dos pais em se adaptar às necessidades da criança tem papel preponderante:

Num quarto onde existe uma única vela, a mão colocada perto da fonte luminosa pode obscurecer a metade do quarto. O mesmo ocorre com a criança se, no

começo de sua vida, lhe for infligido um dano, ainda que mínimo: isso pode projetar uma sombra sobre toda a sua vida. (1928/1992a, p. 5)

Ou ainda: “Aqueles que perdem tão precocemente o gosto pela vida apresentam-se como seres que possuem uma capacidade insuficiente de adaptação, ... em virtude da precocidade do trauma” (1929/1992b, p. 50).

Portanto, o que é fundamental nesse novo contexto é o reconhecimento dos traumatismos precoces, experiências de ruptura que produzem uma aniquilação das capacidades de defesa e resistência, ou simplesmente as impedem de se estabelecer. Nesse sentido, as angústias relacionadas a formas de defesa ativadas pelo psiquismo não chegam a se formar. Podemos pensar que são impedidas e evitadas por uma verdadeira extinção de áreas do psiquismo, que morrem ou se deixam morrer. Ou como sugeriu Ferenczi, ainda mais diretamente e de forma total, em “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”: “Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado” (1929/1992b, p. 49). Ou então como o autor descreve pela voz de vários pacientes com esses quadros: “Depressa, ajude-me, não me deixe morrer nesta angústia” (1933/1992c, p. 98). Essas indicações estão longe de ser formas metafóricas. Devemos nos deter aqui na situação extrema que empurra para a morte, para o deixar-se morrer.

Para o pensamento ferencziano, os traumas provocam no traumatizado um processo de passivação, evocando nele uma condição de passividade, inércia. A rigor, porém, não é possível conceber a passividade pós-traumática em termos de defesa, ou então precisaríamos criar a ideia de uma defesa passiva, que paradoxalmente entrega o psiquismo traumatizado ao desamparo mais extremo, à condição extrema de ser e estar indefensável. Os efeitos psíquicos que encontramos em pacientes que sofreram essa forma de traumatismo precoce constituem a reedição dessa dor psíquica e física, situações de intenso sem-sentido, o que gera um sofrimento incompreensível, a agonia profunda, nos termos de Winnicott.

Este é o momento de introduzirmos as contribuições de dois outros psicanalistas, René Spitz e Michael Balint, ao tema das formas passivas de adoecimento psíquico.

René Spitz e as formas passivas de adoecimento psíquico

Contrário à tese do trauma do nascimento, de Rank, René Arpad Spitz (1887-1974) defendeu, em sua fértil carreira, a importância das relações precoces de objeto e indicou as graves consequências psicopatológicas das longas

separações entre mãe e bebê no primeiro ano de vida. Fiel às postulações freudianas, Spitz desenvolve, no entanto, um caminho próprio de investigação, aliando o sólido conhecimento metapsicológico e da clínica psicanalítica a modelos de observação direta, fotografias e estudos experimentais do comportamento de crianças em seu primeiro ano de vida. Suas proposições sobre a gênese do eu revelam uma conexão original entre uma complexa teoria do desenvolvimento biopsicológica e a teoria pulsional freudiana, articuladas a uma teoria das relações de objeto (Assoun, 2009, pp. 475-477). Para ele, o eu emerge de um processo progressivo de diferenciação, produzido em parte pelas influências do meio, mas sempre garantido por relações de objeto satisfatórias. A ausência precoce do objeto assim como a recusa ou a impossibilidade do objeto em se oferecer como objeto libidinal para o bebê determinam formas psicopatológicas que podem chegar, em seu extremo, a uma “deterioração [que] progride inexoravelmente, levando ao marasmo e à morte” (Spitz, 1965/1991, pp. 213-214).

Spitz formou-se em medicina em Budapeste, tendo Ferenczi como um de seus professores. Em 1911, por sugestão de Ferenczi, iniciou uma análise com Freud, que foi considerada a primeira análise didática digna desse nome, já que teria tido predominantemente a função de treinamento, e não de tratamento (Steele, 1975, p. 3). Foi membro da Sociedade Psicanalítica de Viena (de 1924 a 1928) e depois da de Berlim. De 1932 a 1939 morou em Paris e deu aula de psicanálise e desenvolvimento infantil na École Normale Supérieure. Já radicado nos Estados Unidos, de 1939 a 1957 foi membro do Instituto de Psicanálise de Nova York, como docente, analista didata e supervisor. Fixou-se na Universidade do Colorado, em Denver, em 1957, aos 70 anos, para dar continuidade às suas pesquisas e ao ensino da psicanálise. Além de ter fundado em Denver uma Sociedade e um Instituto de Psicanálise, do qual foi o primeiro analista didata, na Universidade desenvolveu e ampliou, no Departamento de Psiquiatria, grande parte de suas pesquisas iniciadas ainda na década de 1930, em torno do desenvolvimento infantil, e de suas mais destacadas contribuições ao campo de estudo, ou seja, sua teoria sobre a formação do eu (Spitz, 1957/1977), sobre a depressão anaclítica (Spitz, 1946; Emde, Polak & Spitz, 1965) e sobre a síndrome do hospitalismo ou da privação afetiva total (Spitz, 1965/1991). Aliava a seu conhecimento da psicanálise um grande interesse por etologia, neuropsicologia, embriologia e pediatria. Introduziu como instrumento de pesquisa fotos e filmes das interações da díade mãe-bebê.

Para o que nos interessa aqui, a contribuição de Spitz encontra-se no cruzamento de sua formação e prática psicanalíticas com seu trabalho de observação e estudo experimental de bebês, sendo assim um dos fundadores de uma linhagem dos estudos de psicologia do desenvolvimento de inspiração psicanalítica, que teve continuidade no trabalho de autores como Daniel Stern.

Vale destacar também, nesta apresentação das ideias de Spitz, a influência dos trabalhos de outro psicanalista de origem húngara, Imre Hermann (1889-1984), com quem ele conviveu em seu tempo de estudos em Budapeste – influência especificamente das hipóteses de Hermann sobre a ligação mãe-bebê e o processo de constituição subjetiva, a partir de sua original ideia de *unidade dual*. O que Hermann sugere é que, em muitos casos de experiências de abandono vividas por um bebê, o sofrimento e a dor partem de uma sensação inicial de vulnerabilidade causada por experiências catastróficas nos primeiros movimentos de constituição de processos de separação-união. Por separação-união entenda-se o processo inaugural e continuado vivido por cada ser humano na relação com o ambiente/mundo (principalmente os outros seres humanos, de início a mãe) que o circunda. Aqui se insere a noção de unidade dual, que, nas palavras de mais um importante psicanalista húngaro, Nicolas Abraham (1919-1977), refere-se “a um período em que mãe e filho teriam vivido inseparáveis, na unidade redobrada de sua completude respectiva” (1995, p. 332). Hermann fará um uso complexo e com muitos desdobramentos (que não vêm ao caso aqui) dessa ideia de simultaneidade de união e separação ou, se quisermos, da constatação da existência de uma distância e de uma união inaugural entre mãe e bebê.

É o aspecto patológico que nos interessa nas investigações sobre os processos psíquicos precoces, mas antes precisamos avançar um pouco mais nas ideias de Spitz, para quem o que deve ser ressaltado nas experiências de abandono precoce do bebê pela mãe é a apatia e seu potencial de levar à morte do bebê (Figueiredo, 2003, pp. 152-153). No entanto, para chegar a descrever as formas patológicas, Spitz concentra-se inicialmente nos processos constitutivos do psiquismo, a partir da relação do bebê com seu meio ambiente, construindo um modelo teórico e experimental do desenvolvimento infantil que procura integrar diferentes níveis de conhecimento sobre o desenvolvimento biológico a diferentes níveis de desenvolvimento psíquico.

Segundo Spitz, há três estágios de desenvolvimento nos primeiros 15 ou 18 meses de vida, que vão da indiferenciação da relação mãe-bebê para progressivos processos de diferenciação que culminam com a aquisição da linguagem verbal. Essas etapas revelam distintos *organizadores da psique*, concepção retomada por ele dos estudos embriológicos (1965/1991, pp. 12 e 88-89). A primeira etapa é o estágio pré-objetal ou *o estágio sem objeto*, em que predomina a não diferenciação – entre o externo e o interno, entre o eu e o não eu. Isso acontece dentro dos primeiros três meses de vida, em que o bebê é basicamente vocal: a criança tende a repetir os mesmos sons muitas vezes, porque gosta de se ouvir e de distinguir certos sons para certas coisas. De acordo com Spitz, “após o estágio de completo desamparo e passividade dos primeiros três meses, o bebê passa por um estágio no qual explora, experimenta e expande

o território conquistado até então” (1965/1991, p. 81). A próxima etapa seria o *precursor do objeto*. Isso acontece quando a criança começa o processo de imitar sons de sua mãe. Inicia-se com o tempo o que é chamado de *a resposta sorrindo*. Essa resposta ocorre quando a criança reconhece o rosto da mãe e sorri para ela. Isso é significativo porque demonstra que houve uma ligação feita no psiquismo por meio da memória. É nessa fase que Spitz descreve o papel central da imitação e da identificação, até mesmo para preparar as condições da próxima fase do desenvolvimento, que culminaria com a aquisição da linguagem. Considera que tem grande importância nessa fase o que chama de *imitação mútua* do bebê e dos pais. A imitação que os pais fazem dos gestos e dos sons dos bebês oferece a esses últimos a ponte necessária, por meio de uma inversão, para que se identifiquem com os pais e possam avançar com segurança às próximas etapas do desenvolvimento psíquico (Spitz, 1957/1977, p. 64). Na passagem dessa fase para a próxima, estabelece-se o segundo organizador psíquico, *a angústia dos oito meses*, que indica a formação de um objeto libidinal específico. A última fase seria a do *objeto libidinal*. A partir do período de oito a 15 meses, a criança começa a imitar palavras usadas por sua mãe e “distingue claramente um amigo de um estranho” (Spitz, 1965/1991, p. 111). Essa fase se encerra com o estabelecimento do terceiro organizador psíquico, *a aquisição da linguagem*.

Para que o desenvolvimento esperado nesses primeiros 15 meses ocorra é necessário, portanto, que haja um contato permanente entre a criança e sua mãe, já que se trata de um desenvolvimento dependente. A mãe precisa ser capaz de se oferecer como objeto libidinal para o bebê. Essas três etapas são o início do desenvolvimento do eu, por meio do que Spitz denomina *estruturização somatopsíquica*. O eu inicia sua separação do id e, assim, um eu rudimentar começa a funcionar, integrando aspectos perceptivos, imitativos, identificatórios e mnemônicos a uma pluralidade de dimensões afetivas.

A depressão anaclítica e a síndrome do hospitalismo

Durante suas observações e seus estudos das condições de desenvolvimento das crianças em berçários e creches, Spitz pôde registrar os efeitos patológicos da ausência da mãe e do conseqüente desamparo vivido pelas crianças. Essas crianças sofreram o que Spitz chamou de *síndrome do hospitalismo*, que é o resultado da perda de um objeto amado, no primeiro ano de vida, por um período de mais de cinco meses. Evidentemente não é encontrada apenas em crianças internadas em hospitais, creches, orfanatos e berçários, mas em qualquer situação em que predomine um vazio afetivo ou o que hoje, com base em Green, chamamos de *formas severas de desobjetalização*.

Os adoecimentos provocados pela carência de cuidados maternos acabam por ter formas distintas, conforme o momento de vida em que se deu a separação entre o bebê e a mãe e sua duração. Spitz considera que, se a separação é posterior à etapa *precursor do objeto*, portanto depois dos oito meses de vida, mais ou menos, produz-se o quadro que ele denominou *depressão anaclítica*. Se a separação ocorre na primeira etapa, a da não diferenciação, ou no período de transição da primeira para a segunda etapa, o que se produz é a síndrome do hospitalismo. Também esse será o caso se a separação acontecer após os oito meses, mas durar por um período superior a três meses. Spitz descreve em seus estudos diferentes consequências da privação afetiva para o bebê.

As crianças com depressão anaclítica mais avançada apresentam comportamentos típicos, como chorar intensamente quando alguém se movimenta em direção a elas, em contraste com o comportamento anterior ao abandono da mãe, bem mais sociável. O choro, nesses casos, transforma-se depois em retraimento. Mas, em geral, as crianças se recuperam rapidamente se são novamente colocadas em contato com as mães (Spitz, 1965/1991, p. 200). Já nos quadros da síndrome do hospitalismo, ou de privação afetiva total, as consequências podem ser muito mais graves.

A conclusão desses estudos de Spitz aponta para a mesma direção do que estamos procurando estabelecer na concepção ferenciana dos adoecimentos psíquicos. Para ele “[na] depressão anaclítica e [no] hospitalismo ... as pulsões pairam no ar, por assim dizer. ... a deterioração progride inexoravelmente, levando ao marasmo e à morte” (1965/1991, pp. 213-214).

Embora os historiadores da psicanálise não considerem a obra de Spitz uma das mais influentes, não resta dúvida de que seus estudos sobre o desenvolvimento precoce e sua observação de bebês afastados de suas mães indicaram o caminho de muitos trabalhos contemporâneos nos âmbitos da psicopatologia e da gênese do eu.

Michael Balint, as formas passivas constituintes e as relações de objeto no adoecimento psíquico precoce

Michael Balint (1896-1970) teve papel fundamental na construção de um pensamento clínico que fizesse a ponte entre o ensino de Ferenczi e a psicanálise das relações de objeto britânica. Assim como Spitz, pertenceu à escola húngara de psicanálise, liderada por Ferenczi, antes de se mudar para a Grã-Bretanha. Balint nasceu em Budapeste, onde se formou em medicina. No início dos anos 1920, mudou-se para Berlim. Ali foi analisado por Hanns Sachs e supervisionado por Max Eitingon. Depois, retornou a Budapeste e fez nova análise com Ferenczi (por dois anos), com quem concluiu seu treinamento

psicanalítico. Com o advento do nazismo e sendo judeu, Balint partiu para Manchester, na Inglaterra, em 1939. Em 1946, mudou-se para Londres, onde trabalhou na Tavistock Clinic (de 1948 a 1961) e passou a fazer parte da intensa vida da Sociedade Psicanalítica Britânica, ligando-se ao que ficou conhecido como Middle Group, ao lado de psicanalistas como Winnicott, Fairbairn, Bowlby e Ella Sharpe.

Mais conhecido pela proposição da *falha básica* (falha severa, traumática, na relação mãe-bebê, concebida como causa de quadros psicopatológicos graves), pela ênfase que deu ao tema do *new beginning* (a ideia de que deve ser dada ao paciente a possibilidade de recomeçar, regressando em análise ao estado arcaico e pré-traumático) e pelos dois modos de relação de objeto para enfrentar a angústia (*ocnofílico* e *filobático*), Balint nos legou contribuições relevantes tanto no âmbito teórico como no plano clínico, que foram fundamentais para o desenvolvimento da compreensão das formas passivas de adoecimento psíquico.

Inicialmente precisam ser destacadas suas formulações sobre os quadros que passamos a chamar de *novas patologias*, relacionadas à constituição psíquica e à formação narcísica. São os pacientes que Stewart, em seu estudo sobre a obra de Balint, descreve como “um novo tipo de paciente, cujo sofrimento em geral não se refere aos sintomas, mas sim ao fato de obterem pouco prazer com qualquer coisa da vida” (1996, pp. 16-17). Para Balint, o caráter (mais ou menos neurótico) será sempre “uma limitação para a capacidade de amar e usufruir a vida” (1952/1994, p. 169).

Segundo ele, nos processos iniciais de subjetivação há uma mescla interpenetrante harmoniosa entre o meio (a mãe) e o eu em constituição do bebê. Nesse período, nomeado de *amor primário*, o bebê vive um desejo passivo de ternura, ou seja, ternura é aquilo que o bebê deseja receber do objeto. O bebê necessita ser objeto da ternura da mãe. Balint também nomeia esse estado de *desejo de amor passivo*: “a natureza dessa primeira relação de objeto é expressa de forma bem clara. É quase completamente passiva. A pessoa em questão não ama, mas deseja ser amada. Esse desejo passivo é seguramente sexual, libidinal” (1952/1994, p. 61).

Balint sugere que, nessa relação primária passiva de objeto libidinal, “a criança não ama, mas é amada” (1952/1994, p. 194). Ao comentar essa passagem, Luís Claudio Figueiredo indica que, para Balint, a sexualidade infantil “tem essa natureza especial de requerer a sexualidade ativa do adulto para ser ativada ... mantendo-se sempre em relações de objeto passivas e ativas; sendo tanto objeto de investimentos pulsionais quanto investindo seus objetos” (2012, p. 29).

Para os que conhecem o trabalho de Balint principalmente a partir de seus textos da maturidade, a presença da dimensão sexual, libidinal, em seus

primeiros textos pode até parecer estranha. Mas Balint, ainda em Budapeste, era claramente um analista que buscava na concepção freudiana a base teórica de que necessitava para pensar os fenômenos clínicos, evidentemente ao lado da forte influência que recebia de Ferenczi. A sua tentativa de estabelecer uma prática e um pensamento teórico que fizessem a ponte, a ligação, entre as obras de seus dois grandes mestres vai aos poucos, no entanto, perdendo fôlego. Sua posição se inclina paulatinamente para o polo ferencziano.

Ao comentar como a situação terapêutica pode fazer frente às condições falhas das relações objetais precoces, Balint afirma: “A coisa mais importante aqui, entretanto, é que se deveria tomar nota das tentativas tímidas, frequentemente apenas indicadas, de que está em curso um novo começo [*new beginning*] da relação objetal e não se assustar com isso”. Para ele, no início, “as relações libidinais de objeto perseguem metas passivas e somente podem ser conduzidas ao desenvolvimento com muito ‘tato’ e, no sentido literal, com comportamento ‘amável’ do objeto” (1952/1994, p. 198).

Com o objetivo de sustentar essa posição clínico-teórica no ambiente psicanalítico de sua época, Balint toma como uma de suas principais questões críticas com relação ao legado teórico freudiano o tema do narcisismo primário. Procura demonstrar que a hipótese do narcisismo primário não se sustenta e que quem a mantém não consegue ver “a situação infantil como uma interdependência instintual entre mãe e bebê” (1952/1994, p. 103). No desenvolvimento de seus argumentos, Balint parte da ideia de que essa interdependência instintual revela um amor arcaico, que ele descreveu inicialmente como um *amor de objeto passivo*, para depois nomeá-lo de *amor de objeto primário*, considerando que há também um movimento ativo da criança em relação ao objeto.

Outra marca fundamental do trabalho de Balint, seguindo os ensinamentos de Ferenczi, diz respeito à importância dada à regressão como meio terapêutico para enfrentar o tratamento dos casos mais severos. Para ele, existem formas malignas e benignas de regressão em análise. Nas formas malignas, os pacientes abandonam violentamente o funcionamento de alto nível nas respostas transferenciais imediatas ao analista e passam a demandar cuidado e reparação do ambiente. Trata-se, nesses casos, da busca de um cuidado incondicional por parte do analista. Não há intenção inconsciente de retornar a um estado em que o *self* funcione de forma independente (Bollas, 2000, p. 127). Já nas formas benignas há pouca dificuldade em estabelecer confiança mútua, e a regressão é o meio adequado para propiciar um verdadeiro recomeço, culminando numa real nova descoberta. Em contraste com a regressão maligna, a benigna causa apenas moderada intensidade de demandas e necessidades por parte do paciente. A ideia de Balint, a partir de Ferenczi, de um novo começo ganha base justamente por meio da regressão benigna. Trata-se de uma forma

de retornar às dimensões mais primitivas da experiência emocional, a um ponto antes que uma falha no desenvolvimento emocional gerasse as dificuldades que culminam nos processos psicopatológicos e nas formas de adoecimento mais graves. Isso favorece que simultaneamente ocorra a descoberta de um novo caminho, o qual leva a uma progressão. Como indica Figueiredo: “Do ponto de vista da técnica, a grande novidade do ‘novo começo’ era a de ampliar a importância das atividades do objeto – o analista – ... como forma de reparar as falhas precoces do objeto e do ambiente” (2012, p. 31).

Balint, no final de sua vida, irá propor que “o papel do analista em certos períodos do recomeço lembra muito o papel das substâncias ou objetos primários”. Para ele, o analista “precisa estar ali; precisa ser muito dócil em um alto grau; não deve oferecer muita resistência; precisa, certamente, ser indestrutível; precisa permitir ao paciente que viva com ele de maneira harmoniosa, formando uma interpenetrante mistura” (1968/1992, p. 136). Poucas descrições sobre a posição do analista revelam tão bem a marca ferenciana na psicanálise britânica das relações de objeto, a não ser talvez por algumas das descrições de Winnicott. Mas esse já é um tema para um próximo artigo.

Un capítulo húngaro de la historia de psicoanálisis: las contribuciones de Ferenczi, Spitz y Balint para el estudio de las formas pasivas de enfermedad psíquica

Resumen: En la historia del psicoanálisis pueden ser reconocidas descripciones de algunas formas de adicción psíquica que tienen la capacidad de endurecer y crecer, generando verdaderas interrupciones en los procesos de salud, con regresiones intensas y desorganizaciones psíquicas graves. Se constituyen, de este modo, enfermedades psíquicas marcadas por discontinuidades severas en los procesos de salud. En algunos casos tales interrupciones ocurren de forma muy radical y bien al inicio de la vida, aislando un área del psiquismo, dejándola desierta. No será difícil reconocer en esta argumentación las bases del pensamiento de Ferenczi (pero también de Spitz y Balint) sobre el traumatismo precoz y su descripción clínica de las defensas pasivas, con sensaciones de estar hundiéndose y muriendo.

Palabras clave: historia del psicoanálisis, pasividad, Ferenczi, Spitz, Balint

A Hungarian chapter of the history of psychoanalysis: The contributions of Ferenczi, Spitz, and Balint to the study of passive forms of mental illness

Abstract: In the history of psychoanalysis, one may recognize some forms of psychic disorders which can stiffen and worsen. As such, they interrupt health processes

by causing intense regressions and severe mental disorganization. Therefore, it leads to the development of mental illnesses, which will be marked by severe interruptions in health processes. In some cases, extremely radical interruptions may happen very early in life. As a result, an area of the psyche will be isolated and become desert. In this paper, the reader will have no problem in recognizing the foundation of Ferenczi's thinking on the early trauma and his clinical description of passive defenses, with sensations of sinking and dying. Spitz's and Balint's ideas have also inspired this study.

Keywords: history of psychoanalysis, passivity, Ferenczi, Spitz, Balint

Un chapitre hongrois de l'histoire de la psychanalyse: les contributions de Ferenczi, Spitz et Balint pour l'étude des formes passives de maladie psychique

Résumé: Dans l'histoire de la psychanalyse on peut reconnaître des descriptions de certaines formes de maladie psychique qui acquièrent la capacité de s'endurcir et de s'accroître, générant des véritables interruptions dans les processus de santé, avec des régressions intenses et des perturbations psychologiques graves. Des maladies psychiques se constituent donc, marquées par de graves discontinuités dans les processus de santé. Dans certains cas, ces interruptions se produisent de forme très radicale et dans les premières années de la vie, en isolant une zone de la psyché, la laissant déserte. Ce ne sera pas difficile de reconnaître dans cet raisonnement le fondement de la pensée de Ferenczi (mais aussi celle de Spitz et de Balint) sur le traumatisme précoce et sa description clinique des défenses passives, avec sensations de naufrage et de mort.

Mots-clés: histoire de la psychanalyse, passivité, Ferenczi, Spitz, Balint

Referências

- Abraham, N. (1995). Para introduzir *Instinto filial*. In N. Abraham & M. Torok, *A casca e o núcleo* (M. J. R. F. Coracini, Trad., pp. 311-352). São Paulo: Escuta.
- Assoun, P. L. (2009). *Dictionnaire des oeuvres psychanalytiques*. Paris: PUF.
- Avello, J. J. (1998). Metapsychology in Ferenczi: death instinct or death passion? *International Forum of Psychoanalysis*, 7(4), 229-234.
- Balint, M. (1992). *The basic fault*. Evanston: Northwestern University Press. (Trabalho original publicado em 1968)
- Balint, M. (1994). *Primary love and psychoanalytic technique*. London: Karnac. (Trabalho original publicado em 1952)
- Bokanowski, T. (2004). Splitting, fragmenting, and mental agony: the clinical thinking of Sándor Ferenczi. *International Forum of Psychoanalysis*, 13(1-2), 20-25.
- Bollas, C. (2000). *Hysteria*. London; New York: Routledge.
- Emde, R., Polak, P. & Spitz, R. (1965). Anaclitic depression in an infant raised in an institution. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 4(4), 545-553.

- Ferenczi, S. (1990). *Diário clínico* (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1992a). A adaptação da família à criança. In S. Ferenczi, *Obras completas* (A. Cabral, Trad., Vol. 4, pp. 1-13). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Ferenczi, S. (1992b). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In S. Ferenczi, *Obras completas* (A. Cabral, Trad., Vol. 4, pp. 47-51). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1929)
- Ferenczi, S. (1992c). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In S. Ferenczi, *Obras completas* (A. Cabral, Trad., Vol. 4, pp. 97-106). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933)
- Figueiredo, L. C. (2003). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2012). *Balint em sete lições*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2017). A matriz ferencziana do adoecimento psíquico e seus ecos em Balint e Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(2), 153-165.
- Guasto, G. (2014). Trauma and the loss of basic trust. *International Forum of Psychoanalysis*, 23(1), 44-49.
- Moreno, M. M. A. (2014). *Trauma precoce e ligações psíquicas: um estudo psicanalítico*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rank, O. (1934). *O traumatismo do nascimento* (E. Davidovich, Trad.). Rio de Janeiro: Marisa. (Trabalho original publicado em 1924).
- Ribeiro, P. C. (2014). Ciúme masculino e identificação feminina recalçada. In J. Birman, D. Kupermann, E. L. Cunha & L. Fulgencio (Orgs.), *A fabricação do humano: psicanálise, subjetivação e cultura* (pp. 136-144). São Paulo: Zagodoni.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Spitz, R. (1977). *No y sí: sobre la génesis de la comunicación humana* (S. Dubcovsky, Trad.). Buenos Aires: Horme. (Trabalho original publicado em 1957)
- Spitz, R. (1991). *O primeiro ano de vida* (E. M. B. da Rocha, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965)
- Steele, B. F. (1975). René A. Spitz, M.D. – 1887-1974. *The Psychoanalytic Quarterly*, 44, 3-4.
- Stewart, H. (1996). *Michael Balint: object relations pure and applied*. London; New York: Routledge.

[Recebido em 07.08.2017, aceito em 21.08.2017]

Nelson Ernesto Coelho Junior
Alameda Lorena, 1359/52
01424-001 São Paulo, SP
Tel.: 11 3288-8202
ncoelho@usp.br