

ENTREVISTA COM EDUARDO MEDEIROS¹

INTERVIEW WITH EDUARDO MEDEIROS

ENTREVISTA CON EDUARDO MEDEIROS

Resumo: A consigna deste número é: Trauma, Luto e Melancolia, temas que foram pensados a partir da frequência intensificada de manifestações da ordem do traumático, dos lutos, da melancolia, e até mesmo da psicose e do masoquismo na clínica atual e na cultura. Estávamos produzindo essa chamada de artigos sobre o tema quando fomos assolados pela catástrofe climática que causou enchentes e destruições no estado do Rio Grande do Sul. Como todo excesso vivido, é preciso tempo e trabalho para compreensão e elaboração, e somente à posteriori poderemos construir sentidos para o que nos foi exigido. A partir disso, pensamos em trazer para esse número uma entrevista com Eduardo Cavalcanti Medeiros.

Palavras-chave: Trauma. Clínica contemporânea. Excesso pulsional.

Abstract: The subject of this issue is: Trauma, Mourning and Melancholia, themes that were thought up based on the increased frequency of traumatic manifestations, mourning, melancholia, and even psychosis and masochism in today's clinic and culture. We were producing this call for articles on this subject when we were struck by the climate catastrophe that caused floods and destruction in the state of Rio Grande do Sul. As in every excess experienced, it takes time and work to understand and elaborate, and only afterwards will we be able to make sense of what has been demanded of us. With this in mind, we decided to include an interview with Eduardo Cavalcanti Medeiros in this issue.

Keywords: Trauma. Contemporary clinic. Pulsional excess.

Resumen: La consigna de este número es: Trauma, Duelo y Melancolía, temas que fueron pensados a partir de la intensificación de la frecuencia de manifestaciones traumáticas, duelo, melancolía, e incluso psicosis y masoquismo en la clínica y cultura actuales. Estábamos produciendo esta convocatoria de artículos sobre el tema cuando nos sorprendió la catástrofe climática que causó inundaciones y destrucción en el estado de Rio Grande do Sul. Como todo exceso vivido, lleva tiempo y trabajo comprenderlo y elaborarlo, y sólo después podremos dar sentido a lo que se nos ha exigido. Con esto en mente, decidimos incluir en este número una entrevista con Eduardo Cavalcanti Medeiros.

Palabras clave: Trauma. Clínica contemporánea. Exceso de pulso.

¹ Psicanalista, membro do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos (EBEP-Rio), Doutor em Psicologia Clínica (PUC-Rio) e membro do Grupo Brasileiro de Pesquisa Sándor Ferenczi (GBPSF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9759-6271>. E-mail: eduardocmed@gmail.com

– **EM 1930, FREUD NOS TRAZ O “MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO” E A IDEIA DE UM SOFRIMENTO INSUPERÁVEL EM FUNÇÃO DA RENÚNCIA PULSIONAL NECESSÁRIA À CONVIVÊNCIA EM SOCIEDADE. VOCÊ ACHA POSSÍVEL RELACIONAR O SOFRIMENTO QUE OBSERVAMOS NA CLÍNICA ATUAL, QUE RESULTARIA DE UMA EXPERIÊNCIA DE UM EXCESSO QUE O PSIQUISMO NÃO ESTARIA CONSEGUINDO PROCESSAR, E O SOFRIMENTO DECORRENTE DO DESCRITO NO “MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO”?**

Para responder à pergunta sobre a relação entre o sofrimento descrito por Freud em "O Mal-estar na Civilização" e o sofrimento observado na clínica atual, podemos partir da noção freudiana de que o mal-estar é inerente à civilização devido à renúncia pulsional necessária para manter a ordem social. Esse sofrimento, para Freud, é inevitável, pois o indivíduo precisa renunciar às suas satisfações pulsionais em prol da convivência coletiva.

Na clínica contemporânea, o que podemos acompanhar é uma maior incidência de formas de sofrimento relacionadas ao que poderíamos chamar de "excesso", ou seja, de uma modalidade de sofrimento derivada de uma profusão, tanto de experiências intensivas quanto de estímulos sensoriais, que transborda a capacidade de processamento do aparelho psíquico. Esse excesso pode estar associado à diversas situações, como por exemplo, pandemias, catástrofes e às mais diversas formas de violência.

Além disto, podemos pensar esse excesso como um efeito intensivo que é característico dos tempos atuais, para usar um termo de Lipovetsky, do tempo da hipermodernidade². Nesse sentido, podemos acompanhar certo tipo de mal-estar oriundo da aceleração e da intensificação da vida cotidiana, das demandas econômico-sociais e individuais. Esse mal-estar se apresenta através de um visível aumento de sintomas que parecem transbordar as possibilidades de elaboração psíquica, como por exemplo, ansiedades intensas, estados de pânico, experiências de despersonalização e sentimentos de vazio – conforme nos indica o filósofo Byung-Chul Han³ no seu livro “A sociedade do cansaço” (2015).

Podemos pensar que existe uma continuidade entre o sofrimento descrito por Freud e o sofrimento atual, mas com uma intensificação e transformação qualitativa. Em Freud, o mal-estar foi pensado a partir de um embate entre as forças pulsionais e às demandas da cultura e da civilização. Assim, toda uma série de limites são colocados à satisfação pulsional, produzindo como resultante toda uma sorte de sofrimentos, mal estares e sintomas. Na contemporaneidade, os sujeitos se encontram expostos a uma quantidade de estímulos e expectativas que não apenas exigem renúncia, mas ultrapassam as capacidades psíquicas de simbolização, gerando experiências de saturação, sobrecarga e esgotamento. Portanto, embora os contextos sejam distintos – renúncia pulsional para Freud e experiências de excesso e transbordamento na clínica atual – ambos lidam com um sofrimento que resultante de tensões entre o sujeito e o mundo.

– **PODERIA NOS FALAR SOBRE COMO FERENCZI CONSTRUÍU A PERSPECTIVA RELACIONAL DA EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA, QUAL SUA IMPORTÂNCIA PARA A CLÍNICA PSICANALÍTICA?**

A temática do trauma perpassa, de diferentes maneiras, toda a obra de Sándor Ferenczi. Podemos realizar um recorte e indicar que esse tema ganha maior relevo e destaque nos trabalhos do período de 1919 até 1933. Ferenczi, durante as suas experimentações com a técnica ativa – de 1919 até 1926 –, percebe que os pacientes repetiam na transferência experiências traumáticas que não remetiam às fantasias sexuais e ao conteúdo recalcado. Ferenczi relata toda uma série de fenômenos clínicos que remetiam às experiências que foram vividas (*Erlebnis*).

² Lipovetsky, G. (2004). Os tempos hipermodernos modernidade. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

³ Han, Byung-Chul (2015). Sociedade do cansaço. Petrópolis: Vozes, 2015.

Podemos delimitar que os trabalhos de Ferenczi entre os anos de 1928 e 1933 irão trazer uma nova formulação sobre o trauma. Se antes, em Freud, o trauma era pensado a partir de uma dimensão intrapsíquica na qual o conflito pulsional, entre Eros e Thânatos, poderia romper à barreira de para-excitação, e o excesso intensivo produziria a experiência de dor; Ferenczi passa a pensar o trauma como sendo uma resultante de processos que se dão em uma dimensão relacional da experiência, ou seja, entre o sujeito e o ambiente.

Podemos destacar dois artigos de Ferenczi, a “A criança mal acolhida e a sua pulsão de morte” (1929) e “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933). No primeiro trabalho, Ferenczi destaca o papel fundamental do ambiente na constituição psíquica do bebê. Segundo o psicanalista húngaro, cabe ao ambiente se adaptar às necessidades do bebê, por meio de um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e cuidados, exercendo assim uma de suas funções essenciais que é a de imunizar as tendências à autodestruição do recém-nascido, uma vez que no início da vida a força vital ainda é fraca. A partir desta concepção, Ferenczi pensa, através de uma perspectiva relacional, até mesmo os aspectos destrutivos da pulsão de morte, uma vez que estes seriam reações ao mal acolhimento do ambiente, ou seja, reações do bebê às falhas de adaptação do ambiente⁴.

No artigo “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933) Ferenczi acentua a dimensão relacional da experiência traumática – na qual são sempre perturbações e conflitos reais com o mundo exterior que provocam traumas – para pensar o processo traumático a partir da ideia de uma confusão de línguas entre os adultos e a criança. Nessa leitura, a violência traumática presente na relação entre criança e os adultos é resultante de uma confusão de línguas, onde as atitudes passionais dos adultos entram em choque com a ternura da criança.

Para Ferenczi, além dessas atitudes passionais, o elemento traumático essencial é o *desmentido*, isto é, o momento em que a criança procura validação para o trauma que viveu, mas o adulto nega sua ocorrência, afirmando que nada aconteceu ou, pior ainda, rejeitando e punindo a criança por relatar tal experiência. Nessa concepção proposta por Ferenczi, o fator traumático por excelência diz respeito ao ambiente, ou seja, às qualidades responsivas do ambiente, tanto no sentido do acolhimento empático, compreensivo e sincero, como no sentido do ambiente que responde negando a experiência vivida pela criança – *desmentido*.

A clínica com pacientes severamente traumatizados fez com que Ferenczi traçasse outras coordenadas e princípios para a técnica psicanalítica. Ferenczi questiona a técnica psicanalítica clássica ao relacioná-la com a repetição da experiência traumática em análise. A fidedignidade dessa repetição passou a ser pensada como estando associada à tensão gerada pelo *princípio de abstinência* e pela *frustração* excessiva das demandas, enquanto a *neutralidade* e o silêncio do analista encontram seus paralelos na *hipocrisia* e no *desmentido* vividos pelo paciente em seu passado.

A especificidade dessa clínica exige um manejo orientado pela qualidade da relação estabelecida no *setting*, fundamentada na criação e manutenção de uma relação de *confiança*. Esse é possivelmente o fator central para que algumas experiências regressivas possam ser vividas intensamente no *setting* de maneira não ameaçadora, permitindo que sejam trabalhadas terapêuticamente de forma mais eficaz. Caso contrário, sem essa *atmosfera de confiança*, a relação com o analista ou o ambiente será percebida como uma repetição fiel daquele ambiente traumático de outrora. Esses seriam alguns dos elementos que podem ser tomados como coordenadas teórico-clínicas para pensarmos a especificidade de uma clínica com pacientes cujo sofrimento remete a experiências traumáticas.

Podemos considerar que as contribuições teórico-clínicas de Ferenczi acerca da concepção de trauma, como também sobre a técnica psicanalítica, o tornaram uma referência

⁴ Para uma leitura aprofundada desse tema indico a leitura do livro “La isla de sueños de Sándor Ferenczi: nada más que pulsión de vida” (2006).

fundamental para pensarmos a clínica contemporânea, uma vez que Ferenczi sempre buscou expandir o raio de ação e de compreensão da psicanálise para quadros clínicos cujo sofrimento não era passível de ser enquadrado em concepções rigidamente estruturadas como neurose, psicose e perversão. Essa constante problematização acerca das possibilidades terapêuticas da técnica psicanalítica fez com que Ferenczi propusesse novos conceitos e novas formas de pensar a clínica, contribuindo para o que hoje poderíamos nomear como sendo uma clínica de casos não-neuróticos. Esta conduta e implicação fez com que Ferenczi fosse considerado, conforme sublinha André Green, em “*Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*” (2002), o pai da psicanálise contemporânea.

– FERENCZI REFERE DUAS CONCEPÇÕES DE TRAUMA, OS QUE SÃO ESTRUTURANTES, COMO A CASTRAÇÃO, E OS QUE NÃO SÃO E IMPOSSIBILITAM UMA REORGANIZAÇÃO PSÍQUICA. DE QUE FORMA ESSA ÚLTIMA CONCEPÇÃO SE MANIFESTA NA CLÍNICA E QUAL O PAPEL DO ANALISTA DIANTE DE TAIS SITUAÇÕES?

Ferenczi relata diversos tipos de experiências traumáticas que podem ser organizadas como sendo de dois tipos: *estruturantes* ou *desestruturantes*. Enquanto os *traumas estruturantes*, como o complexo de castração, são parte intrínseca do desenvolvimento psíquico, embora causem sofrimento, contribuem para a formação da subjetividade e a organização do ego. Estamos aqui diante de experiências de frustração ou perda que permitem uma reorganização psíquica e promovem o crescimento, já que não excedem a capacidade de simbolização e de integração do psiquismo.

Por outro lado, Ferenczi descreve os *traumas desestruturantes*, como sendo aqueles resultantes de experiências tão intensas e insuportáveis que a pessoa não consegue processá-las ou simbolizá-las adequadamente. Esses traumas rompem a capacidade do ego de integrar a experiência, levando a uma fragmentação psíquica. Na clínica, esse tipo de trauma se manifesta de várias maneiras, como por exemplo: dissociações, estados de despersonalização, amnésias traumáticas e outros fenômenos que indicam uma ruptura da continuidade da experiência subjetiva.

Nessas situações, o referencial técnico não deve estar apenas balizado pelas coordenadas fundamentais da técnica psicanalítica clássica: da associação-livre, do princípio de abstinência, da neutralidade e da interpretação. Para Ferenczi, as coordenadas principais devem ser outras, como por exemplo: a adaptação do analista ao paciente; a manutenção de um ambiente tolerante, seguro e de confiança; exercer o princípio de relaxamento (*laissez-faire*); as interpretações devem ficar resguardadas para um segundo momento, dando prioridade à disponibilidade e à presença do analista.

Nesse tipo de disposição clínica, o analista, para se adaptar aos ritmos e rumos do processo de análise do paciente, precisará entrar em contato com ele de uma maneira empática – com *tato* (“sentir com”) –, uma vez que é fundamental à criação de uma relação pautada na confiança e de um ambiente cuja atmosfera possa ser experimentada de uma maneira mais livre, tolerante e acolhedora, ou seja, de uma maneira distinta daquela do trauma.

– QUAIS SERIAM AS PRINCIPAIS DIVERGÊNCIAS ENTRE FREUD E FERENCZI A RESPEITO DE TRAUMA? COMO ESSAS DIFERENÇAS SE APRESENTAM NO MANEJO CLÍNICO?

Embora Freud, no início de suas formulações teóricas entre os anos de 1894 e 1897, tenha considerado a possibilidade de que traumas reais, como abuso sexual, pudessem ser a causa de neuroses (na chamada “teoria da sedução”), ele posteriormente abandonou⁵ essa ideia em favor de uma concepção de trauma centrada no conflito pulsional interno e nas

⁵ Como podemos acompanhar na carta 69 enviada à Wilhelm Fliess em 1897.

fantasias inconscientes. Há aqui um importante deslocamento da ênfase na realidade material para a realidade psíquica.

Esse movimento pode ser observado especialmente a partir da publicação de *A Interpretação dos Sonhos* (1900), em que Freud apresenta sua concepção de inconsciente, com suas leis próprias e seu princípio regulador, o princípio do prazer. Nas obras dos anos seguintes, Freud passa a investigar a relação entre fantasia e sexualidade infantil, bem como as teorias sexuais da criança. Além disso, ele explora a influência fundamental da ameaça de castração e do complexo de Édipo na formação das organizações psíquicas – neurose, psicose e perversão.

Na virada para a década de 1920, as análises dos soldados traumatizados pelos impactos da Primeira Guerra, conhecidas como neuroses de guerra, revelaram a presença de resistências intransponíveis e de forças que não se submetiam ao princípio do prazer. Essas evidências começaram a desafiar o modelo de trauma vigente, fundamentado na primazia do princípio do prazer.

Em *Além do Princípio do Prazer* (1920), Freud elabora a concepção de neuroses traumáticas, conceito que amplia o entendimento das neuroses de guerra – termo que descreve os quadros polimorfos resultantes dos traumas sofridos por inúmeras pessoas durante esse período. Diante dos impasses gerados por esses quadros clínicos, Freud formula que a compulsão à repetição é mais arcaica que o princípio do prazer, configurando-se como uma tendência que vai além desse princípio. Essa questão evidencia os limites da sua teoria das pulsões, exigindo, assim, uma redefinição do dualismo pulsional. Esse dualismo é então reformulado pela oposição entre pulsões de vida e pulsões de morte. E a sua concepção teórico-clínica do trauma passa, a partir do conceito de pulsão de morte, a ser pensada como uma experiência marcada pelo excesso pulsional que rompe a capacidade do psiquismo de lidar com as excitações.

Os conflitos entre Freud e Ferenczi, que se intensificaram no início dos anos 1930, tornaram-se inevitáveis justamente por conta dessas investigações em torno do conceito de trauma. Para Freud, afirmar que a compulsão à repetição resulta de uma situação traumática real é um erro, pois atribui importância excessiva ao objeto responsável e subestima os recursos do aparelho psíquico para transformar o trauma e o sofrimento psíquico associado.

Ferenczi, por outro lado, atribui ao ambiente um papel crucial, tanto na constituição de experiências traumáticas patológicas quanto na possibilidade de amortecer ou anular seu impacto sobre a criança. Essa visão gerou divergências significativas com Freud, que considerava o comportamento do paciente determinado essencialmente por conflitos intrapsíquicos, ou seja, tudo aquilo que o paciente relata sobre suas relações deveria ser interpretado em termos desses conflitos internos. Na perspectiva ferencziana, porém, o paciente responde também às configurações do "ambiente" criado pelo analista, ressaltando o caráter relacional do processo. Podemos acompanhar, ao longo da trajetória dos dois psicanalistas, que o ponto de maior discordância se deu com a conferência proferida por Ferenczi em 1932, em Wiesbaden, que deu origem ao artigo "Confusão de línguas entre os adultos e a criança" (1933).

Essas diferenças teóricas entre Freud e Ferenczi se refletem no manejo clínico de maneira significativa. Freud priorizava a manutenção da neutralidade e do princípio de abstinência, o que ele considerava essencial para o estabelecimento da transferência e para o trabalho do analista por meio das interpretações do material inconsciente.

Ferenczi, no entanto, acreditava que a neutralidade era muitas vezes sentida pelo paciente como um distanciamento emocional do analista, como uma postura fria e insensível diante do seu sofrimento. Ferenczi chega a questionar se os analistas não acabam infligindo mais sofrimento do que o paciente consegue suportar, criando assim, mais resistências e dificuldades do que efeitos terapêuticos. Ao pensar nessa "economia do sofrimento", Ferenczi

propõe uma maior *elasticidade da técnica* cuja dinâmica exige que o analista tenha uma maior disponibilidade para afetar e ser afetado no processo analítico, ou seja, que o processo seja conduzido levando em consideração o seu tato – a sua capacidade de “sentir com”.

Além dessas diferenças, não podemos deixar de comentar que um dos pontos de maior divergência entre Freud e Ferenczi se deu a partir da ênfase que o psicanalista húngaro dava ao manejo clínico dos fenômenos de repetição e regressão em análise, o que implicava no atendimento a certas demandas dos pacientes.

Freud sempre foi cauteloso e, muitas vezes, bastante cético em relação a essa questão. Sua recomendação era que se evitasse atender às demandas e aos anseios do paciente, exceto através da interpretação. Com essa postura, ele acreditava ser possível preservar condições fundamentais para o analista – como uma objetividade passiva e neutra – e também para o paciente, pois a manutenção do estado de abstinência garantiria uma cota importante de libido direcionada ao processo associativo. Caso o analista gratificasse as demandas e atendesse aos anseios dos pacientes, isso tenderia a intensificar ainda mais essas solicitações. Como resultado, os pacientes poderiam se tornar altamente dependentes do analista, que, por sua vez, estaria diante da tarefa impossível de satisfazer incondicionalmente o que lhe é demandado.

Ferenczi, por outro lado, explora uma série de modificações na técnica e, em determinados momentos, passa a atender algumas demandas dos pacientes, transgredindo “ora um ora outro dos ‘Conselhos técnicos’ de Freud”. Essas atitudes transgressivas visavam a criação de uma atmosfera de relaxamento que permitisse ao paciente expressar-se com maior liberdade. Essa liberdade, proporcionada pelo princípio de relaxamento, facilitava a regressão dos pacientes, que se expressavam de maneira cada vez mais espontânea e infantil. Para Ferenczi, esse processo é essencial, pois o acesso ao conteúdo clivado ou dissociado só se torna possível através da repetição – especificamente, da repetição da experiência traumática na relação transferencial. Assim, torna-se necessário pensar em uma técnica que possa manejar esses fenômenos, integrando-os à concepção do processo analítico.

– FREUD CONCLUI “NEUROSE E PSICOSE”, QUE COMPLETA 100 ANOS, QUESTIONANDO-SE POR QUAL MECANISMO O EU CONSEGUIRIA SAIR ILESO, SEM ADOECER, DE CONFLITOS QUE ESTÃO SEMPRE PRESENTES. ELE SE REFERE A OUTRAS FORMAS DE NEGAÇÃO, ALÉM DO RECALQUE, E ESTRUTURAS CLÍNICAS DIFERENTES DA NEUROSE. EM SUA TESE, VOCÊ ABORDA ESSAS CARACTERÍSTICAS RESULTANTES DA ADOÇÃO DE DEFESAS EMPOBRECEDORAS QUE SÃO AMEAÇAS DE DESINTEGRAÇÃO E ANIQUILAMENTO DO EU. PODERIA NOS FALAR UM POUCO SOBRE OS REMANEJAMENTOS QUE VOCÊ CONSIDERA NECESSÁRIOS NA TÉCNICA PARA A ESCUTA DESSES CASOS?

Em *Neurose e Psicose* (1924), Freud investiga as defesas psíquicas e sua relação com a neurose e a psicose, propondo que esses quadros resultam de conflitos entre o ego e as exigências externas e internas. Ele sugere que, na neurose, o ego utiliza defesas – o recalque/*Verdrängung* – para afastar as pulsões e os seus representantes ameaçadores, reprimindo-os e evitando que cheguem à consciência. O conflito se manifesta em sintomas neuróticos, que representam compromissos entre os impulsos reprimidos e as barreiras do ego.

Na psicose, de maneira distinta, Freud explica que a defesa é mais radical: o ego rejeita/*Verwerfung* a realidade externa ao invés de apenas reprimir os impulsos. Essa modalidade de defesa ocorre porque o ego não consegue suportar a tensão entre as exigências internas do Id e as pressões da realidade externa. Como resultado, na psicose, o ego cria uma nova realidade para substituir a rejeitada, levando a uma alteração profunda na percepção e no comportamento. Freud destaca que, enquanto a neurose tenta preservar o vínculo com a realidade (mesmo com distorções), a psicose envolve uma rejeição/*Verwerfung* mais significativa com o mundo externo.

Em Ferenczi podemos acompanhar nos seus últimos trabalhos, principalmente, em “Confusão de línguas”, uma investigação sobre certos mecanismos de defesa que operam de maneira distinta ao recalque, como por exemplo, as clivagens. Ferenczi passa a estudar quadros clínicos que trazem a marca das cisões, dissociações, fragmentações, ou seja, de uma série de defesas que operam rupturas e que destroem brutalmente uma parte do ego. Essas partes dissociadas da personalidade coexistem de forma simultânea e independente, eliminando a percepção do conflito psíquico.

Aqui, a ameaça percebida é de aniquilamento, não de castração, conforme seria em um caso de neurose, já que castração envolve renúncia pulsional, restrição e até punição. A clivagem implica em uma ruptura na superfície do ego, mobilizando e imobilizando intensas forças defensivas que buscam manter separados aspectos do eu, memórias, e conteúdos psíquicos carregados com um excesso de excitação que não pode ser transformado.

Diante desse tipo de sofrimento, considero importantes alguns remanejamentos, conforme indicado por Sándor Ferenczi e aprofundado por Michael Balint e Donald Winnicott.

Ferenczi defende que a postura do analista deve ser benevolente e sincera, reduzindo as exigências técnicas, o que implica na possibilidade de atender algumas demandas dos pacientes, especialmente aquelas associadas à linguagem da ternura. Dessa forma Ferenczi buscava criar uma atmosfera de confiança, na qual o paciente pudesse se expressar de maneira mais livre e espontânea, assim como desfrutar da irresponsabilidade da infância. Para Ferenczi, isto equivale a introduzir no paciente impulsos positivos de vida e razões para continuar existindo.

Para Balint a atmosfera analítica deve ser uma atmosfera sincera e inofensiva, que se assemelha ao ambiente ainda não diferenciado, harmonioso e de misturas interpenetrantes, característico do *amor primário* – ambiente propício para o surgimento de *regressões benígnas* e experiências de *novo começo*. Balint destaca que a qualidade da resposta do analista influencia o rumo das regressões e que o analista deve ser não intrusivo, ou seja, cauteloso em suas interpretações para que essas não sejam sentidas como invasivas pelo paciente. Essa postura do analista “não importuno” ou “não intrusivo” é fundamental para o surgimento de uma relação harmoniosa, tranquila e segura, permitindo assim que o paciente possa viver, na relação transferencial, experiências que remetem ao nível da falha básica.

Em Winnicott, os processos regressivos são considerados importantes elementos para o trabalho analítico, especialmente em pacientes severamente traumatizados. Segundo Winnicott, a regressão em análise permite trazer à tona as falhas ambientais vividas pelo paciente nos estágios iniciais de *dependência*. Nessas circunstâncias, o analista deve conseguir distinguir que certas demandas dos pacientes se relacionam com necessidades psíquicas e emocionais não atendidas devido as falhas de adaptação do ambiente nos momentos iniciais do desenvolvimento emocional, ou seja, nos momentos iniciais de maior dependência do bebê em relação ao ambiente.

Na visão winnicottiana, o analista exerce uma função de *holding* analítico, garantindo um ambiente estável e confiável para a manifestação das regressões, além de acompanhar e sustentar o paciente nesse estado. Dessa forma, a confiança no contexto analítico favorece o surgimento de regressões terapêuticas. Embora a interpretação continue sendo parte da análise, a ênfase recai sobre o cuidado ambiental, ou seja, o manejo do analista, baseado na compreensão da maternagem. Winnicott descreve a postura do analista em termos da “mãe suficientemente boa,” principalmente em sua função de *holding*. Assim, o analista/ambiente adapta-se às necessidades mais primitivas do paciente, sustentando-o no tempo e no espaço, e tomando cuidado para que suas intervenções não sejam vividas como intrusivas.

Winnicott também observa que falhas na adaptação do analista ao paciente são inevitáveis e, além de inevitáveis, podem ser produtivas para o tratamento. Tais falhas tendem a

provocar reações intensas, especialmente de agressividade. Nestas situações, o analista deve acolher essas reações sem retaliá-las, ou seja, o analista deve sobreviver a esses ataques. Essa compreensão do manejo clínico se aproxima da imagem de Ferenczi do analista como um “joão-bobo,” assim como da noção de Balint sobre a quase indestrutibilidade das substâncias originárias do amor primário.

Por fim, Ferenczi, Balint e Winnicott compartilham a ideia de que o analista deve adaptar-se às necessidades do paciente, contrastando com o ambiente traumático de outrora. Os três autores também compartilham da compreensão que, nesses casos, as intervenções não devem ser intrusivas. Balint e Winnicott, por exemplo, recomendam que o analista seja cauteloso e evite interpretações excessivas, respeitando os estados regressivos e a capacidade do paciente de elaborar seu próprio material psíquico. Como podemos observar, os três autores sugerem um modelo técnico que prioriza o ambiente confiável, a adaptação ao paciente e a presença não intrusiva; propondo intervenções pautadas pela disponibilidade emocional, pela confiança e por interpretações cuidadosas em momentos adequados e adaptadas ao momento e à especificidade de cada paciente.

– O CAMPO DAS CATÁSTROFES NATURAIS E A EMERGÊNCIA CLIMÁTICA É UM TERRENO QUE DEMANDA NOSSA ATENÇÃO COMO PSICANALISTAS. DE QUE FORMA A CLÍNICA DO TRAUMA PODE NOS AJUDAR A PENSAR E INTERVIR DIANTE DESTES FENÔMENOS E SEUS EFEITOS?

O campo das catástrofes naturais e a emergência climática representa um desafio crescente para a psicanálise, especialmente no que diz respeito ao trauma e seus efeitos sobre o psiquismo individual e coletivo. Esses eventos não apenas causam destruição física, mas também produzem profundas repercussões emocionais e psíquicas, muitas vezes manifestadas como traumas individuais e traumas coletivos.

Podemos, infelizmente, citar inúmeras situações como essas, como por exemplo, a catástrofe que aconteceu em abril desse ano no Rio Grande Sul. Além da experiência traumática individual, precisamos considerar o impacto e o luto coletivo, uma vez que esse tipo de situação demanda, do indivíduo e da coletividade, todo um trabalho psíquico e emocional decorrentes dos processos de elaboração de perdas materiais e simbólicas, da exigência de reconstrução de identidades e da busca por um novo sentido para a vida.

Essa pergunta convida à reflexão sobre como a clínica do trauma pode nos ajudar a pensar e intervir diante dos impactos psíquicos e sociais das catástrofes naturais e da crise climática. As reformulações teórico-clínicas propostas por Ferenczi, Balint e Winnicott, podem nos ajudar a pensar estratégias e conduções clínicas mais bem adaptadas à especificidade do impacto subjetivo e social acarretado por esses eventos, uma vez que, certamente, estamos diante de experiências que acarretam sensações de colapso, agônias e desamparo.

Na prática, isso significa que o trabalho psicanalítico, diante do trauma acarretado pelas catástrofes naturais e pela emergência climática, deve buscar criar espaços de escuta que possam acolher e sustentar os mais diversos tipos de sofrimento, sobretudo, aqueles que diante do choque e da intensidade do impacto, muitas vezes, não conseguem ser simbolizados.

Penso que outra importante contribuição para pensarmos essas situações é a noção de *desmentido* (*Verleugnung*), ou seja, do não reconhecimento e da não validação da violência sofrida, ou seja, menosprezando a percepção objetiva e o sofrimento subjetivo daqueles que viveram os impactos das catástrofes. Para Ferenczi não há nada pior do que dizer que nada aconteceu, ou seja, de negar a ocorrência e a importância daquilo que foi vivido.

Podemos pensar que o *desmentido* pode se dar tanto em um pequeno grupo de indivíduos, como em uma dimensão coletiva, diria nacional e global. No plano coletivo, podemos pensar a importância de uma resposta ou de uma reação que acolha e valide o impacto emocional das mudanças climáticas, sem recair no desmentido. Nesse sentido, para acolhermos esse sofrimento trazido por essas catástrofes, é preciso um trabalho de sustentação que abarque tanto o cuidado com o indivíduo quanto a criação de uma rede de apoio e reconhecimento das angústias coletivas. Desta maneira estaríamos criando as condições para uma *discursividade*⁶ que pudesse, além de contribuir para os processos de simbolização e elaboração psíquicas, tornar o coletivo mais atuante e implicado nas ações e nas mudanças que precisam ser feitas.

⁶ Discursividade conforme proposto pelo filósofo e linguista russo Mikhail Bakhtin (1895-1975).