

Quanto à função terapêutica da regressão no processo analítico¹

Regarding the therapeutic function of regression in the analytical process

*Anna Katrin Kemper
Wilson de Lyra Chebabi
Carlos Alberto Lannes*

Em seu recente livro sobre o Processo Analítico, Meltzer (1) coloca, de início, bem estabelecido que “Praticar a psicanálise e explicar essa prática são duas funções muito diferentes da Psicanálise”. Resulta dessa circunstância que quando comunicamos cientificamente o que praticamos, já estamos esquematizando alguma coisa que em si tem uma vida muito mais rica do que os nossos esquemas transmitem. Quando então nos comunicamos com os nossos colegas, travamos um diálogo que não é propriamente um cotejamento entre os nossos trabalhos, mas entre as explicações que damos a respeito do que fazemos. Deste modo, a comunicação entre os colegas – às vezes difícil tanto em função de concepções divergentes como também em parte de problemas pessoais ainda não inteiramente resolvidos – torna-se então mais complexa.

Por esta razão acreditamos que se faz necessário retomarmos constantemente os temas que têm sido objeto da prática e da teoria psicanalítica, no anseio de favorecer uma compreensão mais próxima das diversas formas segundo as quais utilizamos os conceitos.

O presente trabalho constitui uma contribuição ao entendimento do papel que desempenha a regressão no Processo Psicanalítico, ou seja, no contexto da relação terapeuta-paciente. A experiência dos autores tem indicado que sem a ocorrência da regressão, no sentido específico da revivência arcaica e da memória sentida, durante uma fase da análise, não se alcança uma reestruturação satisfatória da personalidade.

1. Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro, II Jornada Brasileira de Psicanálise, maio de 1968.

Sabemos que o tema encontra, dentro das concepções psicanalíticas, tratamentos diversos. Freud e seus continuadores imediatos não consideraram em suas obras a função terapêutica da regressão de modo explícito. Na história clínica do “Homem dos Lobos”, Freud (2) refere que o paciente manifestou, no seu quarto ano de análise, grande resistência contra a rememoração de situações traumáticas de sua infância. Em função dessa resistência, Freud determinou um limite para o tempo de tratamento. Pressionado pela imposição desta condição, o paciente recordou situações traumáticas, inclusive de caráter alucinatório (corte na árvore imaginado como corte no próprio dedo) mas, ao que parece, motivado muito mais pela submissão neurótica e intelectualização do que em virtude de uma sofrida revivência e memória sentida. As consequências de uma situação terapêutica desta natureza, limitada pela falta de regressão sofrida, são evidenciadas pelos comentários de Ruth Mac Brunswick (3) em sua “Continuação da história de uma Neurose Infantil”. O “Homem dos Lobos” mergulhou numa situação traumática da vida que correspondia à da sua infância, de angústia e projeção de caráter arcaico, manifestada por uma paranoia.

Fenichel (4) considera a regressão mais arcaica do que a repressão e descreve um caso de Neurose Obsessiva em cujo processo regressivo as defesas obsessivas foram se dissolvendo gradativamente dando lugar às defesas fóbicas e paranoides, mas não deixa explícito qual o procedimento terapêutico no estado regressivo do paciente.

A mesma omissão encontramos nas publicações de Ferenczi (5) Abraham (6) e Melanie Klein (7) que são reconhecidos como pioneiros da época atual da Psicanálise.

Menninger (8) que representa uma ponderável corrente psicanalítica norte-americana, considera a regressão no processo analítico, resultante da constante frustração a que o paciente está sujeito e não estuda a função que a mesma desempenha como meio valioso de aprofundamento da análise em outros aspectos. Em nossa experiência, o que favorece a regressão é muito mais a possibilidade que o paciente encontra de se sentir entendido e acompanhado, favorecendo que reúna forças para mergulhar mais fundo.

Para Freud, a função terapêutica principal da Psicanálise consistia em tornar consciente o que era inconsciente. Esta concepção, de importância fundamental para o nosso labor terapêutico, inclui certamente que possibilitemos aos nossos pacientes, tanto quanto possível, que eles consigam suficiente revisão, através da regressão sentida e sofrida, das determinações primárias de seu desenvolvimento patológico. Em outras palavras, devemos evitar no trabalho

interpretativo, tudo que possa favorecer uma compressão intelectualizada do que se passou nas situações traumáticas de sua história mais remota. Temos de assistir e acompanhar *pari-passu* o paciente em sua caminhada regressiva com manifestações vivas de rememoração sentida e vivenciada, evitando inundar a situação com palavras interpretativas desnecessárias, para não limitar ou bloquear a intensificação e a ampliação de imagens e sensações muitas vezes julgadas absurdas pelo paciente, mas que permitem o afloramento de situações muito profundas e fundamentais para o desenvolvimento produtivo do processo terapêutico (9). Favorecendo assim o processo regressivo do paciente, ou seja, possibilitando uma revivência pela atividade imaginativa do paciente das “atmosferas” e situações traumáticas da infância, temos aí sim, uma chance verdadeira de tornar sentidamente consciente o que estava submetido à repressão. Tal processo não pode ocorrer se não considerarmos a regressão como inerente à função terapêutica da Psicanálise.

Nossa experiência nos conduz, nessa área, à uma plena concordância com os trabalhos de Winnicott (10).

Winnicott é o autor que tem escrito mais frequentemente sobre o tema da Regressão. Afirma que este fenômeno é “uma parte do processo curativo”. Não constitui uma complicação, mas faz parte dele. Considera o analista aquele que melhor pode compreender a regressão e as implicações teóricas do fato de o paciente já esperar da psicanálise a oportunidade para satisfazer sua necessidade de regredir. A técnica psicanalítica é a ambiência que possibilita o surgimento de material e da revivência regressiva, fornecendo dados extremamente frutíferos para investigação das etapas mais precoces da vida emocional humana. Essa ambiência é que será usada para a correção do fracasso adaptativo original.

Balint trata também da questão (11) na mesma linha do que estamos expondo. Refere que a regressão tem na situação analítica no mínimo dois objetivos: 1) Para receber satisfações do objeto no nível em que ficou uma lacuna e 2) Ser reconhecido e percebido pelo objeto. Para Balint, portanto, a regressão tanto é um fenômeno intrapsíquico como também um acontecimento de relação humana íntima. Diz Balint: “Podemos falar mesmo na força curativa da relação com o objeto” e que “A relação com o paciente regredido feita de forma viva e sentida pode ser considerada como talvez mais importante do que a interpretação correta”. Afirma que essa relação é sustentada também na comunicação não verbal.

Donald Meltzer (1) no trabalho já citado, esbarra na questão, mas não dedica explicitamente nenhum tópico especial ao papel da regressão na recu-

peração analítica. Cita, contudo, o aparecimento de posturas infantis, sucção dos dedos, adormecimento e, sobretudo estende-se mais ao tratar do que ele chama o “*toilet-breast*”, que é o uso do seio não como fonte de satisfação, mas como depositário de tudo o que o paciente precisa evacuar para se aliviar de qualquer dor psíquica.

Mas não encontramos de modo nítido, embora esteja até certo ponto implícito, o reconhecimento da regressão como processo necessário a uma elaboração mais produtiva.

Em outro trabalho, de autoria de Lajos Szekely (12) sobre um tema mais geral – A Pausa Criativa – encontra-se um tópico específico sobre a regressão a serviço do Ego.

Nesse tópico o autor conceitua a regressão de acordo com Arlow e Brenner como o “reaparecimento de formas de atividade psíquica tais como eram dominantes no indivíduo durante os períodos mais precoces do seu desenvolvimento mental”. A este respeito Szekely mostra que a busca regressiva por ajuda não é cega, mas visa pontos modais definidos e determinados pelos conflitos passados e pelas crises no desenvolvimento, os assim chamados “locais de fixação”.

Apesar de tratar o problema do ponto de vista de uns temas mais amplos, que é a criação intelectual e artística, Szekely contribui decisivamente para o conhecimento do processo analítico, uma vez que, a nosso ver, do ponto de vista da elaboração interna, o que ocorre na criação intelectual e artística constitui exatamente o que acontece em cada passo importante do curso da análise.

Grinberg (13) e colaboradores em recente trabalho sobre o Processo analítico, consideram que toda elaboração estimula um processo que põe em marcha a capacidade latente para regressão de uma forma organizada e sistemática, induzindo uma espécie de fiança, para um momento de progressão, para trás e para frente.

A elaboração da nossa experiência clínica e sua comparação com os achados já citados, permite a delimitação de duas formas de regressão no processo terapêutico:

1º A regressão a serviço do aprofundamento da relação entre o paciente e o analista, possibilitando a revivência e a revisão, com conseqüente desenvolvimento do Ego. Este tipo de regressão constitui um enriquecimento do processo analítico e parece corresponder a um meio imprescindível para haver suficiente elaboração das etapas mais arcaicas do desenvolvimento emocional.

2º A regressão utilizada como defesa desesperada para impedir o desenrolar da relação analítica. Tal modalidade de regressão faz parte da chamada Reação Terapêutica Negativa e se faz desordenada e caótica e, infelizmente,

quando não conseguimos nos conduzir de tal modo que possibilite a sua transformação na primeira modalidade, ela ameaça gravemente o desenvolvimento da análise e é responsável frequentemente pelas interrupções do tratamento. Tal modalidade de regressão constitui um movimento claro de resistência passiva e se faz como uma violenta fuga ao crescimento.

Da nossa experiência começamos citando o caso de um paciente *borderline* que já havia se submetido a quatro anos de análise nos Estados Unidos, durante o tempo do seu curso universitário. Possuidor de um intelecto fora do comum, havia terminado os seus estudos com excelente classificação. Em sua análise evidenciava-se, entretanto uma intelectualização crônica através da qual havia se defendido contra uma entrega mais profunda. Evidenciou-se também que, na sua primeira análise a vivência de condenação do seu amor transferencial, levava-o através de *acting-out*, a experiências homossexuais.

O trabalho interpretativo, realizado já na análise com um de nós, focalizou principalmente a defesa do paciente pela intelectualização, mostrando os “porquês” e “para quês”.

No quinto mês de análise, quando interpretações foram feitas mais uma vez com referência às atitudes do paciente, sua angústia de entregar-se a um processo que ele temia não poder mais controlar, surgiram defesas de caráter mais infantil. Estas defesas indicavam, para o caso em apreço, já um movimento regressivo que se intensificou mais, manifestando-se quatro semanas depois da seguinte maneira.

O paciente queixou-se difusamente de diversas “coisas” que não corriam bem e principalmente que ele não tinha mais cabeça para resolver as tarefas profissionais. A terapeuta, mantendo-se numa disposição receptiva, não interpretou as queixas contra ela. O paciente, obviamente irritado pela atitude da terapeuta, falou das flores do consultório, dizendo que elas lhe lembravam as de um cemitério. Em lugar de interpretar imediatamente o aspecto transferencial da comunicação, a terapeuta focalizou apenas que poderia estar sendo revivido algo muito antigo em sua vida. Referiu que o paciente ligava as flores a uma experiência muito triste, provavelmente feita em sua infância inicial, lembrada difusamente agora quando se queixava de tantas coisas e especialmente, que a cabeça não funcionava mais como antes.

O paciente confirmou a última parte da interpretação, sacudindo a cabeça como alguém em profunda desorientação e ao mesmo tempo como uma criança pequena que tenta controlar uma intensa raiva. A seguir, em função de interpretações aludidas a revivências sofridas, o paciente repentinamente tira uma almofada do divã e a joga na direção dos seus pés. Manifesta então uma

crescente irritação motora, rolando-se encolhido de um lado para o outro, escondendo o rosto com um braço e soluçando de maneira seca. Foi então interpretado que no momento ele se sentia como uma criança pequena sofrendo uma rejeição intensa, mas que ainda temia exprimir a sua profunda raiva contra algo que ele já havia jogado fora do lugar (referência à almofada simbolizando obviamente o seio materno). O paciente, então, como que fora de si, pisou repentinamente no objeto simbólico.

Reações regressivas como esta, claramente em função de experiências feitas com o primeiro objeto, repetiram-se nos meses seguintes do tratamento, mostrando-se extremamente produtivo para o processo terapêutico.

O paciente, que nos primeiros meses comportava-se quase como um robô (através da intelectualização), não se lembrando de acontecimentos específicos da sua infância, rememorava agora muitas situações traumáticas. Quando mais uma vez mencionou o fato das flores do consultório, lembrou ele a seguinte situação:

Aos três anos e meio de idade tirou algumas flores de uma grama próxima para presentear a mãe que fazia anos. Ao entrar em casa viu o irmão – três anos mais velho que ele e vivenciado como favorito dos pais – chegar com flores arrumadas em um cesto.

O paciente, envergonhado com suas florezinhas, retirou-se e escondeu-se durante horas. Encontrado, afinal, reclama a mãe que ele havia se esquecido do aniversário dela, queixa que ele aceitou como válida.

Pretendemos chamar a atenção para o fato de que o presente material clínico evidencia que a verdadeira revisão dos fatores responsáveis pelas grandes limitações do desenvolvimento do Ego só pode ser feita através da revivência e rememória ou de caráter regressivo arcaico no contexto da situação analítica. Estas fases cruciais do desenrolar da análise são particularmente frisantes nos pacientes *borderline* e nas análises de crianças.

O presente caso ilustra de forma bem nítida dois aspectos importantes:

1) A frequência com que pessoas, dotadas de intelecto fora do comum, como o nosso paciente, defendem-se de estados psicóticos através de uma intelectualização de caráter onipotente.

2) A ocorrência comum de *acting-outs*, como as experiências homossexuais do nosso paciente em sua primeira análise, como consequência das limitações que havia na elaboração tanto da dimensão transferencial quanto da dimensão contratransferencial da relação analítica estabelecida.

Em seguida, referimos outra situação clínica que um de nós teve oportunidade de acompanhar, ilustrativa do nosso ponto de vista. Desenvolveu-se após alguns meses uma relação erótica acentuada. Em uma das sessões a situ-

ação se tornou bastante aguda, mobilizando intensamente o terapeuta e despertando nele uma contratransferência de aspecto libidinoso. Esta, contudo, em lugar de ser reprimida ou atuada pelo terapeuta, serviu para compreender que a paciente estava efetivamente desejando oferecer aspectos bons e gratificadores seus. Em muitos momentos a paciente havia referido que desejava se dar ao terapeuta como um presente. E isto não tinha o sentido de sedução para controle e impedimento do processo terapêutico. O terapeuta recordou, então, a angústia e o desconforto que a paciente já havia referido ter sofrido quando por intermédio da sua própria mãe havia tido a confirmação de que era para ela um sacrifício entregar-se sexualmente na vida em comum com o marido. Disto resultava para a paciente que era um sacrifício tê-la gerado, parido e criado, o que efetivamente, sobretudo depois da morte do pai, por fatores econômicos, constituiu uma realidade. Tanto que a paciente realizou um casamento sem amor, para aliviar a mãe de encargo de mantê-la.

Em face desta elaboração, o terapeuta pôde então interpretar que a paciente estava se sentindo tão desejosa da ajuda e ao mesmo tempo tão perseguida pelo risco de estar custando um sacrifício ao terapeuta que procurava gratificá-lo sexual e sentimentalmente, para nesta nova experiência ter então a certeza de poder assegurar a relação e não precisar mais sentir-se culpada de estar sendo aceita e cuidada.

O que aconteceu imediatamente a seguir foi desmoronar completamente a atmosfera erótica da sessão e a paciente começar a sentir frio, ficar arrepiada e assumir no divã uma posição de neném no berço.

Acreditamos que com a interpretação retiramos o bloqueio que impedia a regressão requerida pela paciente para poder realizar uma nova elaboração.

Dentro do terapeuta também desapareceu completamente o anseio erótico pela paciente e o que brotou foi um desejo de agasalhá-la com um cobertor. Ao sentir isso, o terapeuta interpretou que naquele momento a menininha não precisava mais se sentir desgarrada sem mãe e, portanto, não precisava ser levada a algo (erotização) que não correspondia às suas mais profundas necessidades. O sentimento agora era o de que já podia expressar o frio que sentia e o desejo de ser agasalhada porque já acreditava que havia quem cuidasse dela. E o fato mesmo de sentir que merecia a dedicação materna, permitia que ela se desse o direito de cuidar de si própria.

Nas sessões seguintes a paciente, muito grata, manifestou seu bem estar comunicando que se sentia protegida, sensação surpreendente e nova para ela, pois já podia se dedicar a tratar com menos medo das dificuldades que sofrera em sua infância.

Para o nosso entendimento, fazer a viragem da Regressão Defensiva em Regressão Curativa consiste, em atender terapêuticamente aquele anseio que está sendo despertado no contexto mesmo da situação analítica. No nosso caso, acreditamos que “agasalhamos” com a interpretação aquela criancinha abandonada. O não entendimento da situação emocional da paciente ou a atuação do terapeuta propiciariam que aquele anseio em lugar de ser compreendido e elaborado pela paciente, continuasse a ser compulsivamente repetido em busca de satisfação libidinosa.

Para que essa elaboração possa se dar, entretanto, é decisivamente importante o manejo adequado da transferência e da contratransferência, como acreditamos que fizemos na casuística que apresentamos.

Segundo o que pensamos, a REGRESSÃO PRODUTIVA, é possibilitada pelas seguintes condições terapêuticas:

1) Se damos ao paciente a oportunidade de sentir que em sua relação com o terapeuta é possível a construção de uma determinada base de confiança suficiente para que ele, (paciente), arrisque regredir. Isto exige, contudo, uma participação sentida e vivenciado pelo terapeuta das projeções feitas pelo paciente de suas experiências traumáticas.

2) Se damos margem a que o paciente sinta no processo revivencial imagens e sensações corporais que correspondem aos da criança pequena na relação com o seu objeto primário.

3) Se efetivamente já elaboramos o suficiente dentro de nós essas situações arcaicas para que então não tenhamos que a regressão do paciente pode levá-lo a cair numa psicose compacta.

4) Se podemos manejar com as possíveis conseqüências a regressão profunda do paciente manifestada em reações pré-psicóticas ou mesmo psicóticas, especialmente quando o paciente entra numa fase de desorientação com respeito a suas coordenadas adultas, podendo ocorrer passageiramente estados psicóticos.

5) Se não reprimimos dentro de nós a contratransferência de caráter materno ou paterno, mas a utilizamos para compreender o paciente e transmitir pela atmosfera criada, pela mímica e pelos gestos e se for necessário mesmo pela aplicação de parâmetros da técnica psicanalítica o sentimento mais profundo de que partilhamos efetivamente o que se passa em seu mundo interior. (1) (15) (16) (17) (18) (19) (20).

6) Se respondemos às reações e atitudes do paciente compulsivamente repetidas, por exemplo, dúvidas e superexigências, com paciência de caráter benevolente.

7) Se percebemos e interpretamos o anseio profundo de proteção e entrega muitas vezes escondido atrás de compactas inibições manifestadas e dúvidas verbalizadas.

8) Se entendemos e interpretamos o que o paciente manifesta também sob a forma de diálogo, quer diga respeito ao passado quer ao presente da situação analítica, evitando sempre que o paciente se sinta ameaçado de repressão e crítica se dirige a palavra ao analista.

Palavras Finais

Achamos que se o paciente não regride, quer dizer, não revivencia pela memória sentida imagens e sensações corporais originadas em perturbações do seu desenvolvimento, como, por exemplo, pela angústia vaga², paranoide ou depressiva³, e suas consequentes perturbações, ele não consegue de maneira suficiente a elaboração de suas experiências traumáticas. Em outras palavras, para haver progresso estável no processo analítico, é necessário regredir vivencialmente às condições básicas dos distúrbios.

A regressão se torna um risco quando se manifesta, sobretudo, de duas maneiras:

- a) pela regressão de caráter constantemente passivo que corresponde à uma intensa defesa contra o desenvolvimento do Ego;
- b) pela regressão psicótica não passageira.

Entretanto, ao nosso ver, os riscos trazidos pelas sensíveis limitações dos resultados terapêuticos nos casos nos quais a situação terapêutica não possibilita uma determinada confiança para regredir, são bem maiores.

Pois para nós a regressão realizada nos termos em que mostramos no nosso trabalho tem um caráter reconstrutivo e de certa maneira sua finalidade é criadora. E a rigor, podemos dizer, que o que chamamos em psicanálise de REGRESSÃO, quando utilizada terapeuticamente nos termos que procuramos caracterizar, não constitui na verdade regressão no sentido de retrocesso. Isso porque é exatamente para poder PROGREDIR como apontam GRINBERG e colaboradores, quando falam do movimento para frente e para trás, que o paciente precisa se munir da revisão e da solução dos problemas de seu desenvolvimento emocional arcaico. O que chamamos de REGRESSÃO PRODUTIVA,

2. KEMPER, Anna Katrin.

3. KLEIN, Melanie.

consiste, realmente, num Processo posto em marcha pela análise, de reformulação da temporalidade do paciente.

Isto significa: um processo em função do qual o paciente se torna capaz de ir buscar regressivamente no seu passado o que ainda lhe falta para poder abrir um horizonte mais amplo para o seu futuro.

Referências

1. FREUD, S. História de uma neurose obsessiva infantil – Histórias Clínicas de la Psicoanálisis – Vol. II – Santiago Rueda – Buenos Aires.
2. BRUNSWICK, Ruth Mac. Continuação da história de uma neurose obsessiva infantil – International Zeitschrift für P.S.A. 1929 – vol. I.
3. MELTZER, Donald. The Psycho- Analytical Process- Heinemann – 1967.
4. FENICHEL. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* – W. W. Norton & Company, Inc. New York, 1945.
5. FERENCZI, S. Bausteine zur Psychoanalyse – Huber Bern – 1939.
6. ABRAHM, K. The first pre-genital stage of the libido – Selected Papers, Hogarth Press – London.
7. KLEIN, Melanie. Envy and gratitude – Tavistock Publications – 1957.
8. MENNINGER, Karl. Teoria de la Técnica Psicoanalítica – Editorial Pax – México – 1960.
9. KEMPER, A.K. L'interpretation par allusion – Revue Française de Psychanalyse – Tome XIX – n. 1.
10. WINNICOTT, W.D. Collected Papers – TAVISTOCK Publications – London, 1958. The maturational processes and the facilitating environment – International Universities Press- New York, 1965.
11. BALINT, Michael. Resumo de livro recente de BALINT – “basic Fault and the therapeutic aspect of regression – *Psyche-Heft*- 1967.
12. SZKELY, Lajos. The creative pause – *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 48 – part. III, 1967.
13. GRINBERG e col. The Psychoanalytic Process – *The International Journal of Psychoanalysis* – Vol. 48 – part. IV. 1967.
14. BALINT, Michael. Examination of non-verbal analytic Intervention – Deutsches Jahrbuch für P.S.A., 1960.

15. EISSLER. Variationen in der analytischen Technik *Psyche XII*, 1960.
16. LOVENSTEIN, R.M. Bermerkungen zu variationen der psychoanalytischen Technik – *Psyche XII* – 1960.
17. BIEBRING, E. Verschiedene typen der therapeutischen intervention – *Psyche XII*, 1960.
18. REICH, A. Eine spezielle variante in der psychoanalytischen behandlung – *Psyche*, XII – 1960.
19. NATCH, S.; VIEBERMAN, S. Le monde pre-objetctal dans la relations tranferencielle – *Revue Française de P.S. A. XXIII* – n. 5.
20. RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicanalitica* – Ediciones Paidos.
21. KATRIN, K. A. Reações contratransferenciais de influência decisiva para a comunicação verbal num caso de mutismo. Relatório de Congresso Psicanalítico Latino-americano. México – 1964.