



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

**LAURA ELZA MACK RATES**

**A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA ABSOLUTA:  
UMA INOVAÇÃO CLÍNICA DE D. W. WINNICOTT**

**CAMPINAS**

**2019**

**LAURA ELZA MACK RATES**

**A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA ABSOLUTA:  
UMA INOVAÇÃO CLÍNICA DE D. W. WINNICOTT**

Tese apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Filosofia.

Orientador: Prof. Dr. Zeljko Loparic

Este trabalho corresponde à versão final da tese defendida pela aluna Laura Elza Mack Rates, orientada pelo Prof. Dr. Zeljko Loparic.

**CAMPINAS  
2019**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/3387

Mack Rates, Laura Elza, 1980-

M19r A regressão à dependência absoluta : uma inovação clínica de D. W.

Winnicott / Laura Elza Mack Rates. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Zeljko Loparic.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Winnicott, D. W., (Donald Woods), 1896-1971. 2. Regressão (Psicologia). 3. Dependência (Psicologia). 4. Psicoses. 5. Confiabilidade. 6. Transferência (Psicologia). 7. Necessidade (Filosofia). I. Loparic, Zeljko, 1939-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Regression to absolute dependence : Winnicott's clinical innovation

**Palavras-chave em inglês:**

Regression (Psychology)

Psychosis

Reliability

Transference (Psychology)

Necessity (Philosophy)

**Área de concentração:** Filosofia

**Titulação:** Doutora em Filosofia

**Banca examinadora:**

Zeljko Loparic [Orientador]

Roseana Moraes Garcia

Flávio del Matto Faria

Inara Luisa Marin Voirol

Daniel Omar Perez

**Data de defesa:** 26-03-2019

**Programa de Pós-Graduação:** Filosofia

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-4263-2933>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9704681343185283>



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, composta pelos Professores Doutores, em sessão pública realizada em 26/03/2019 considerou a candidata Laura Elza Mack Rates aprovada.

**Banca examinadora:**

Zeljko Loparic [Orientador]

Roseana Moraes Garcia

Flávio del Matto Faria

Inara Luisa Marin Voirol

Daniel Omar Perez

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Secretaria do Programa de Pós-Graduação Filosofia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

*Para meus amados,  
Bruno, Bento e Levi.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, inicialmente, à minha grande amiga Simone Bazarian, que, na impossibilidade de apresentar-me pessoalmente para realizar a matrícula no doutorado, não pensou duas vezes e foi por mim até Campinas fazê-lo.

Agradeço aos professores, secretárias e à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Unicamp.

Agradeço à Profa. Dra. Roseana Moraes Garcia e ao Prof. Dr. Flávio Del Matto Faria as valiosas sugestões feitas durante a minha qualificação. Agradeço a eles e aos demais membros da banca, Profa. Dra. Inara Luisa Marin Voirol e Prof. Dr. Daniel Omar Perez, a gentileza de terem aceitado meu convite para participar desta defesa.

Agradeço à toda equipe do IBPW (Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana).

Agradeço à Profa. Dra. Elsa Oliveira Dias ter me encorajado a fazer o doutorado, e ser uma fonte inesgotável de aprendizado, tanto clínico quanto teórico sobre Winnicott.

Agradeço ao Prof. Dr. Zeljko Loparic a generosidade, seriedade e apoio ao longo dos anos de doutorado. O convívio que tivemos só fez crescer minha admiração por ele, que já era grande; não podia ter contado com melhor e profundo conhecedor da teoria winnicottiana. Em suma, foi um privilégio tê-lo como orientador. Muito obrigada!

Agradeço a todas as colegas analistas, que confiaram na minha clínica ao me encaminharem pacientes e ao formarem uma rede, tecendo e trocando experiências na prática clínica: Aline Garjaka, Ana Beatriz Bozzini, Alice Bei, Alice Busnardo e Marília Velano. Obrigada pelo andar juntas! Agradeço, especialmente, a Deborah Joan Cardoso. Seguimos!

Agradeço à Gislaine sua leitura atenta e as valiosas sugestões. Obrigada!

Agradeço aos meus pacientes, sem os quais não teria sentido este trabalho.

Agradeço, sobretudo, ao meu marido Bruno, por ser meu interlocutor predileto nos pequenos e grandes assuntos da vida.

*Uma das dificuldades de nossa técnica psicanalítica é saber em cada momento qual a idade do paciente na relação transferencial.*

D. W. Winnicott

## RESUMO

O principal objetivo desta tese é demonstrar a inovação que o conceito de regressão à dependência, formulado por Winnicott, traz para a psicanálise em termos de consequências clínicas. Como pano de fundo, se faz presente a questão da temporalidade – temática relevante para a psicanálise –, motivo que nos levará a investigar como aparecem as acepções de tempo na teoria winnicottiana. Veremos que a utilização da regressão à dependência possibilitou terapias bem-sucedidas a pacientes de tipo psicótico, de tipo esquizoides e falso si-mesmo (*borderline*), tidos como incuráveis pelo método psicanalítico tradicional, por este não atingir demandas anteriores à constituição de um EU unitário, onde possam estar os problemas e também as soluções. Assim, Winnicott, ao atentar para a fase pré-edípica do indivíduo, promove uma verdadeira transformação na prática clínica a que se viu “forçado” a mudar diante de pacientes seus “difíceis”. Ele percebeu que havia um aspecto temporal na regressão até então não abordado, porém necessário a um tratamento efetivo desses pacientes, os quais, com o manejo do analista, passariam do *status* de um falso-*self* precocemente estabelecido à constituição do verdadeiro *self*. Dessa maneira, Winnicott ampliou a técnica da psicanálise àqueles pacientes cujas necessidades iniciais não teriam sido atendidas nos primeiros anos de vida. Para tratar do assunto, iremos descrever a trajetória do conceito de regressão desde os primórdios da psicanálise em seu fundador, Freud, até o conceito de regressão à dependência em Winnicott, passando por Ferenczi. É numerosa a bibliografia que confirma a importância de Winnicott para a psicanálise contemporânea. Dentre esses autores, destacamos Loparic, que equipara a uma revolução científica – referindo-se à teoria de Thomas Kuhn – a instauração do paradigma winnicottiano. São as respostas que vimos procurando ao longo desta pesquisa, e que virão a constatar a originalidade da perspectiva de Winnicott em sua abordagem.

**Palavras-chave:** Regressão à dependência; Psicose; Confiabilidade; Transferência; Necessidade.

## ABSTRACT

The main objective of this thesis is to illustrate the innovation embodied by Winnicott's concept of regression to dependence with regard to psychoanalysis as mirrored by clinical consequences. The background entails the matter of temporality – a theme of ongoing relevance for psychoanalysis – which leads us to investigate the appearance of time acceptances under Winnicott's theories. We will see that use of regression to dependence enabled some successful therapies for psychotic and borderline patients, traditionally considered incurable by psychoanalysis, as the latter did not meet requirements prior to the formation of a unitary ME, where both problems and solutions are perhaps to be found. Thus, Winnicott, when referring to the pre-Oedipal phase of the individual, suggests a true transformation in clinical practice that had been “forced” on him to change in light of his “difficult” patients. He perceived that there was a temporal aspect to regression that had not to date been dealt with, but is however essential to an effective treatment of such patients, who, with the treatment of the analyst, would progress from the status of having a false self prematurely established to the establishment of a true self. In this way, Winnicott broadened the technique of using psychoanalysis for those patients whose initial needs were not met in the first years of life. When discussing the matter, we will describe the trajectory of the regression concept from the very beginning of psychoanalysis by its founder, Freud, up to the concept of regression as dealt with by Winnicott, stopping in on Ferenczi. The bibliography confirming the importance of Winnicott to contemporary psychoanalysis is ample. We might draw attention to Loparic, who considered the instatement of the Winnicott paradigm, when referring to the theory of Thomas Kuhn, to be a scientific revolution. And there is yet another author that we should consult for playing a significant role in our understanding of the idea of time in Winnicott. These are the answers that we are looking for in this research, and that we consider to comprise the originality of the Winnicott perspective now being scrutinized.

**Keywords:** Regression to dependence; Psychosis; Reliability; Transference; Need.

## **SUMÁRIO**

### **INTRODUÇÃO, 12**

#### **Metodologia, 18**

### **CAPÍTULO 1 – TEMPORALIDADE, 20**

1.1. Linhas gerais da teoria winnicottiana do amadurecimento e o estabelecimento da continuidade de ser, 22

1.2. Temporalidade nas escolas inglesa e francesa de psicanálise, 27

1.3. Experiências de continuidade de ser no tempo, 29

1.4. Regressão à dependência a partir da perspectiva temporal, 34

### **CAPÍTULO 2 – DA REGRESSÃO COMO RESISTÊNCIA À REGRESSÃO TERAPÊUTICA: OS LEGADOS DE FREUD E FERENCZI, 38**

2.1. Aspectos clínicos da psicanálise tradicional de Freud e a clínica de Winnicott: a diferença fundamental, 39

2.2. Rumo à regressão à dependência: Ferenczi, 44

*2.2.1. As críticas de Ferenczi à técnica da psicanálise tradicional e os aspectos políticos, 45*

*2.2.2. Diferença fundamental entre Ferenczi e Freud: regressão, 48*

### **CAPÍTULO 3 – PATOLOGIA MATORACIONAL WINNICOTTIANA, 51**

3.1. Classificação, 51

3.2. Psicose em Winnicott: “psicose winnicottiana”?, 53

3.3. Agonias impensáveis, 54

3.4. Duas estratégias contra as agonias impensáveis: esquizoidia e falso si-mesmo patológico (*borderline*), 59

*3.4.1. O esquizoide e o falso si-mesmo em seus aspectos sintomatológicos e ambientais, 59*

### **CAPÍTULO 4 – O CONCEITO DE REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA NA OBRA DE WINNICOTT, 61**

4.1. Período 1949-1954, 63

4.2. Texto A – 1949: “Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety”, 64

4.3. Texto B – 1954: “Withdrawal and Regression”, 68

*4.3.1. Retraimento x regressão, 69*

4.4. Texto C – 1954: “Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set Up”, 71

4.5. Texto D – 1949: “Mind and Its Relation to the Psyche-Soma”, 77

## **CAPÍTULO 5 – ESPAÇO POTENCIAL COMO CONTINENTE DO TRABALHO CLÍNICO, 80**

5.1. O brincar, 83

## **CAPÍTULO 6 – CASO EXEMPLAR DO TRATAMENTO VIA REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA ABSOLUTA: MARGARET LITTLE, 87**

6.1. Ambiente inicial de Little, 87

6.2. Terapia com Winnicott, 89

## **CAPÍTULO 7 – A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA ABSOLUTA EM WINNICOTT: A CLÍNICA DA NECESSIDADE, 93**

7.1. *Care-cure*, 93

7.2. Psicanálise de dois corpos, 94

7.3 O paciente, 96

7.3.1. *Loucura original*, 98

7.3.2. *Risco de suicídio*, 101

7.4. O analista, 101

7.4.1 *Fornecimento de um setting que dê confiança*, 103

7.4.2. *O analista e o elemento feminino puro (ou o tempo de espera)*, 107

7.4.3. *O analista e a relação transferencial*, 110

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS, 126**

## **BIBLIOGRAFIA, 128**

## INTRODUÇÃO

Após concluir minha dissertação de mestrado sobre a temporalidade em Winnicott, permaneceu em mim a sensação de que não tinha sido bem-sucedida em “pôr as mãos” naquilo que eu queria entender: algo que era tão vivo e real no consultório, mas que não conseguia colocar em palavras. Me via fazendo adaptações às necessidades de certos pacientes adultos, que, durante momentos específicos de uma sessão, se tornavam regredidos, “pequeninhos”. Me via falando temporariamente com uma criança, mesmo estando diante de um adulto. O manejo necessário por parte do analista, bem como uma atenção às necessidades sutis, miudezas não ditas, eram muito evidentes. Atentar para as necessidades sutis desses pacientes, transcender suas miudezas não ditas na sessão exigiam reavaliação do papel do analista.

Nessa busca, com a ajuda valiosa de meu orientador, Prof. Dr. Zeljko Loparic, cheguei ao conceito de “regressão à dependência”, de Winnicott. Era isto. Ficou claro, então, que minha ambição maior era conseguir apreender, pela investigação da obra desse autor, o fenômeno temporal que julgava mais relevante de todos, o aspecto temporal em seu cunho clínico: a regressão à dependência absoluta.

Este trabalho nasce, portanto, de pontos de intersecção entre minha pesquisa acadêmica e minha experiência clínica. Nestes doze anos de escuta clínica e também em minha análise pessoal, fui tocada pela questão do tempo e da regressão à dependência, motivo que fará desta tese uma espécie de volume 2 da dissertação de mestrado, já que se aterá à temática da temporalidade em Winnicott, tendo agora como foco principal o conceito de regressão à dependência.

No entanto, o principal objetivo desta tese é demonstrar a inovação que esse conceito traz para a psicanálise em termos de consequências clínicas. Muito do que se considera original na obra de Winnicott está relacionado à sua teorização sobre a regressão à dependência observada em sua prática clínica. Desse modo, destacarei o conceito que julgo ser uma das pedras angulares no debate concernente à quebra de paradigma na psicanálise winnicottiana, sobre a qual falarei adiante. Esse ponto se torna pertinente também pela numerosa bibliografia

que confirma a importância desse novo modo de tratar pacientes<sup>1</sup>. Na verdade, Winnicott, ao introduzir na psicanálise o conceito de regressão à dependência, dá subsídio teórico-clínico para que pacientes considerados difíceis e incuráveis pela psicanálise sejam tratados e tenham, pela primeira vez, terapias bem-sucedidas. A clínica contemporânea tem se mostrado repleta desses casos ditos difíceis.

Antes de prosseguir, quero ressaltar a importância da psicopatologia winnicottiana ser uma patologia maturacional, do amadurecimento que se dá no tempo. Por ser maturacional, compreende, ao longo do processo maturacional, momentos anteriores à formação da psique. O processo de amadurecimento é emocional e não psíquico. É por esse motivo que passarei a utilizar o termo “patologia maturacional” em vez de “psicopatologia”. Essa visão é essencial para o desenvolvimento e compreensão da ideia da regressão à dependência absoluta, pois só pacientes psicóticos, ou com questões psicóticas, precisarão regredir (à dependência absoluta) no contexto de análise.

Destaco ainda que a regressão em Winnicott tem duas acepções: à dependência ou instintual. A instintual representa diversas patologias neuróticas que poderão aparecer ao longo do processo de amadurecimento. Aqui, o instinto, que equivalente a determinada fase, fica inibido e há regressão à fase anterior. Por exemplo, um menino deixa de rivalizar com seu pai, assumindo uma parceria homossexual e, desse modo, regride instintualmente. OU uma pessoa que precisa retornar à transicionalidade para aprender a brincar. Essas são as regressões previstas na neurose, que podem ser resumidas da seguinte maneira: “As coisas estavam bem e, depois, não ficaram bem” (WINNICOTT, 2005a, p. 54)<sup>2</sup>. Há na regressão neurótica, um ímpeto de retornar ao momento em que tudo ia bem. “A psiconeurose, contudo, não encontra a sua etiologia na condição ambiental, mas nos conflitos pessoais que pertencem especificamente ao indivíduo” (WINNICOTT, 2005a, p. 57).

<sup>1</sup> Tais como Haynal (1989), que lida basicamente com a relação Freud e Ferenczi e com os motivos da distância que se estabeleceu entre eles, e Giovachini (1990), que evidencia o impacto de uma nova leitura psicanalítica nos Estados Unidos, e a formação, em 2015, da International Winnicott Association (IWA), com membros do mundo inteiro.

<sup>2</sup> Em texto redigido para um seminário de estudantes do terceiro ano no Instituto de Psicanálise, em 1964.

Nesta tese, o enfoque se dará apenas na regressão à dependência absoluta, que representa as regressões que visam à constituição egoica do indivíduo, características das psicoses, seguindo uma tradição ferenciana de “casos difíceis/incuráveis”.

A regressão à dependência não é uma técnica a ser usada para todos os pacientes, ao contrário, ela é uma necessidade passível de ser comunicada no núcleo de intimidade, confiabilidade que se constitui na relação de dois corpos, paciente-analista, análoga à relação mãe-bebê. Essa comunicação, na maior parte das vezes, é não verbal, já que o paciente não conta com maturidade egoica suficiente para nos falar sobre o que precisa viver. Cabe ao analista experiente “escutar” as necessidades que aparecem transferencialmente e prover os cuidados necessários de modo a favorecer a regressão a dependência<sup>3</sup>.

Com o início da pesquisa, ficou evidente que minha inquietação vinda do consultório era dirigida a um “tipo” de paciente específico. Um paciente difícil, para o qual o método interpretativo psicanalítico não dava conta. Logo percebi que estava muito bem acompanhada, pois o próprio Winnicott destaca, em duas ocasiões distintas em 1954<sup>4</sup>, que fora forçado por seus casos clínicos a atentar para a temática da regressão. Nessas duas passagens, o autor faz questão de enfatizar o “*forced on me*”, muito provavelmente para nos mostrar que, nesse tipo de experiência, o analista não está protegido do sofrimento vivido pelo paciente. Ou seja, um dos diferenciais dessa modalidade de tratamento é que o analista é “obrigado/forçado” a sair da posição de neutralidade. A ideia de comunicação (muitas vezes silenciosa e pré-verbal), mutualidade e manejo é que passam a ser fatores predominantes – assunto que será tratado no capítulo 7, “A regressão à dependência absoluta em Winnicott: a clínica da necessidade”.

O conceito de regressão à dependência surge em Winnicott para atender a uma demanda clínica. Sua gênese decorre da observação de um analista atento às necessidades específicas de seus pacientes e de sua capacidade de elaborar teoricamente sobre isso. Essa capacidade de Winnicott é um legado enorme para todos nós analistas, pois nos aproxima das necessidades

<sup>3</sup> As características do analista serão abordadas no capítulo 7.

<sup>4</sup> Trata-se dos textos “Withdrawal and Regression” e “Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytic Set Up” (WINNICOTT, 1975b), ambos lidos para o público psicanalítico em congressos ocorridos naquele ano. Em Winnicott, é sempre bom saber para qual público fala, pois, o discurso muda consideravelmente.

reais de nossos pacientes e abre um campo de trabalho vasto, inclusive para os pacientes considerados não analisáveis pela “psicanálise tradicional”<sup>5</sup>.

Tentando compreender melhor que tipo de pacientes fizeram com que Winnicott refletisse sobre a regressão na clínica, encontrei, num dos textos de 1954, a seguinte passagem:

Coloco aqui todos aqueles pacientes cujas análises terão de lidar com as fases iniciais do desenvolvimento emocional primitivo, antes e até o estabelecimento de uma personalidade como uma entidade, antes da conquista do *status* unitário no tempo-espço (WINNICOTT, 1975b, p. 279)<sup>6</sup>.

Winnicott acreditava que, devido a falhas ambientais precoces, tais pacientes não poderiam se beneficiar do modelo de tratamento psicanalítico freudiano. No seu modo de pensar, o tratamento desses pacientes deve levar em conta o “estabelecimento precoce do falso-*self*. E, para que o tratamento seja efetivo, deverá haver uma regressão em busca do verdadeiro *self*” (WINNICOTT, 1975b, p. 280). Dessa maneira, Winnicott pretendia ampliar a técnica da psicanálise àqueles pacientes cujas necessidades iniciais não teriam sido atendidas nos primeiros anos de vida.

Indivíduos que desenvolveram um falso si-mesmo são pessoas hábeis socialmente, porém, apresentam clinicamente uma variedade de sintomas, como medo da dependência emocional, dificuldades em relacionamentos íntimos, sentimento de futilidade, de que a vida não vale a pena ser vivida, entre outros. Ao longo desta tese, denominarei esse conjunto de sintomas de “loucura de não ser”. O sentimento de futilidade, de vazio são escondidos geralmente sob uma superfície e imagem de pessoa bem-sucedida. No consultório, esses pacientes, muitas vezes, chegam relatando experiências prévias fracassadas de análise. Relatam desesperança e pouco contato com seu sofrimento. O sofrimento e peso dessa existência, praticamente desprovida de vitalidade e criatividade próprias, poderão ser sentidos pelo analista em sua contratransferência. Para que isso seja possível, e um tratamento efetivo entre em curso, o analista deverá lançar mão da teoria winnicottiana de regressão à dependência. Só através dela e da correção das falhas ambientais iniciais, permitindo uma nova chance do EU constituir-se num si-mesmo, vivo, real e próprio, é que essas questões poderão ser tratadas.

<sup>5</sup> Considera-se aqui “psicanálise tradicional” aquela que se detém, no processo de análise, nas fases pós-edípicas de constituição do ego. Assunto do capítulo 2.

<sup>6</sup> Todas as citações originalmente em língua estrangeira foram traduzidas por esta autora.

Em texto lido num congresso de psicanálise em Genebra em 1955, Winnicott é enfático ao apontar que Freud havia criado sua teoria dos estágios iniciais do amadurecimento humano num momento em que a teoria psicanalítica era apenas aplicada a casos de neuroses muito bem escolhidos.

Agora, olhando para trás, podemos dizer que os casos escolhidos como sendo adequados à análise equivalem a pacientes cuja história pessoal revela cuidados iniciais suficientemente bons. Essa adaptação suficientemente boa às necessidades no início havia possibilitado que o ego do indivíduo viesse a ser, como resultado de que estágios anteriores do estabelecimento do ego pudessem ter sido garantidos [*“taken for granted”*] pelo analista (WINNICOTT, 1975a, p. 279).

Não são raros, nem pouco documentados, no campo da psicanálise, exemplos de processos analíticos que fracassaram com indivíduos cuja história precoce, pré-relações triangulares (relação com três pessoas inteiras), revelava falhas ambientais durante o período de dependência absoluta, impedindo a conquista de um *status* unitário. Ou seja, pacientes cujos estágios anteriores ao estabelecimento do ego não teriam sido garantidos (*“taken for granted”*). O próprio Freud veio a falhar na análise de Sandor Ferenczi justamente por ter sido incapaz de lidar com questões ligadas aos cuidados maternos iniciais. Temos outros exemplos nos relatos das análises fracassadas de Alice Miller e a narrativa de análise de Margaret Little<sup>7</sup> com Ella Sharpe<sup>8</sup>. São exemplos que endossam o argumento de que o método tradicional de psicanálise não é eficiente para a resolução de questões anteriores à constituição de um EU num *status* unitário. Considerando ainda que um dos pressupostos fundamentais da psicanálise freudiana é a atualização dos conteúdos inconscientes do paciente na figura do analista através da neurose de transferência, podemos imaginar que é justamente na transferência que reside parte do problema.

No capítulo 7, serão discutidas questões sobre transferência, contratransferência e manejo, entre outras, com o intuito de observar a regressão no contexto clínico. No momento, antecipo que, em Winnicott, há dois tipos de transferência: a neurótica, já contemplada pela psicanálise freudiana, e a transferência da necessidade de regredir (que poderá conter a psicótica delirante).

<sup>7</sup> Dedicaremos o capítulo 6 ao caso de Margaret Little.

<sup>8</sup> A esse respeito, ver Van Sweden (1994, p. xix-xx). Sobre o “fracasso” de Freud ao analisar Ferenczi, por ser incapaz de atender à necessidade de regredir à dependência de seus pacientes, Van Sweden se baseia no estudo de Grunberger (1974, p. 127-152).

Nesses anos de trabalho como analista, foram raros os pacientes que chegaram ao consultório com um ego suficientemente integrado – que eu pudesse tomar como garantidos (“*take for granted*”) esses cuidados iniciais – do que pacientes que precisaram regredir na relação analítica, mesmo que por curtos períodos. Essa constatação não revela um fato isolado oriundo de minha experiência clínica; outros colegas têm a mesma percepção. Então, nos questionamos se os pacientes que chegam até nós mudaram ou se a mudança se deu no modo de compreender a relação analítica e, por conseguinte, tratar esses pacientes. Nesse caso, teria ocorrido uma mudança de enfoque<sup>9</sup> – é o que se irá investigar.

Zeljko Loparic (2001, p. 6-15) defende que as mudanças trazidas por Winnicott à psicanálise – ao estabelecer o conceito de regressão à dependência e dar importância à fase pré-edípica do indivíduo – são tão transformadoras que precisaríamos elevá-las ao estatuto de mudança paradigmática, nos moldes das revoluções científicas propostos por Thomas Kuhn (1996), para quem a ciência é o conjunto de conceitos que favorecem e possibilitam a resolução de certos problemas. Compartilho desse argumento, condizente com o objeto de estudo desta tese, pois a teoria formulada por Winnicott solucionou um problema da psicanálise, permitindo tratar pacientes graves de tipo psicótico – esquizoide ou falso si-mesmo (*borderline*) – até então tidos como não tratáveis.

Porém, pouco adianta esse avanço no campo teórico se analistas continuam com posturas e práticas tradicionais, que não dão conta da clínica tal como ela é. Assim, um dos objetivos do presente trabalho é realizar uma breve reconstrução histórica da psicanálise, que auxilie analistas de diferentes escolas e correntes a compreender o impacto clínico que o conceito de regressão à dependência representa. Não intenciono, com isso, corroborar para uma segregação sem diálogo entre escolas de psicanálise, e sim reconhecer as limitações do modelo de psicanálise tradicional para certos tipos de pacientes (especialmente aqueles com questões de integração do ego), mantendo inalterada as premissas psicanalíticas para pacientes com integração egoica suficiente.

<sup>9</sup> Mudança essa iniciada por Ferenczi e elaborada de maneira mais articulada e profunda por Winnicott.

Para levar a cabo tal tarefa, julguei imprescindível descrever sucintamente a trajetória do conceito de regressão desde os primórdios da psicanálise em seu fundador, Freud, até o conceito de regressão à dependência em Winnicott, passando principalmente por Sandor Ferenczi. Essas ideias estão reunidas no capítulo 2, “Da regressão como resistência à regressão terapêutica: os legados de Freud e Ferenczi”.

No capítulo 3 “Patologia maturacional winnicottiana”, serão exploradas as questões da classificação e diagnóstico em seus aspectos teóricos e clínicos, à luz do nosso tema principal: a regressão à dependência.

No capítulo 4, intitulado “O conceito de regressão à dependência na obra de Winnicott”, se abordará o conceito a partir de um recorte temporal específico.

O capítulo 5, “Espaço potencial como continente do trabalho clínico”, foi pensado para familiarizar o leitor com o ambiente em que se dá o trabalho analítico: o espaço potencial e sua relação com o brincar.

O capítulo 6, “Caso exemplar no tratamento via regressão à dependência absoluta: Margaret Little”, é dedicado à análise de Margaret Little com Winnicott.

O capítulo 7, “A regressão à dependência absoluta em Winnicott: a clínica da necessidade”, atém-se aos aspectos clínicos concernentes às particularidades da clínica de tratamento das psicoses via regressão à dependência.

E, finalmente, o capítulo 1 é uma continuação da Introdução, no sentido em que nele estará presente o tema que atravessa e sustenta toda a discussão sobre regressão à dependência: a temática da temporalidade.

## **Metodologia**

Esta tese é o resultado de uma pesquisa de cunho teórico, ancorada na experiência clínica da autora. No decorrer dos anos, a pesquisa ganhou sistematização com ajuda dos materiais disponibilizados pelo IBPW (Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana), onde se encontraram textos em que o termo “regressão à dependência” aparecia de maneira cronológica ao longo da obra de Winnicott. Esse recurso foi de grande auxílio à tese. Passada

essa fase, dediquei-me à análise desse material, o que levou à etapa seguinte: focar nos anos 1949-1955, os quais coincidem com a análise da paciente Margaret Little, caso exemplar da clínica da regressão à dependência.

## CAPÍTULO 1 – TEMPORALIDADE

*A loucura, aqui, significa simplesmente uma ruptura do que possa configurar, na ocasião, uma continuidade pessoal de existência.*

D. W. Winnicott

Admitindo, inicialmente, a importância e, principalmente, a relevância da temática do tempo para a psicanálise em geral, como fazem Sylvie Le Poulichet (1996) e Jô Gondar (1995, 2006), a introdução a este capítulo terá como pano de fundo as concepções de tempo na teoria de Winnicott, para dar cabo ao objetivo de apresentar o ponto principal desta tese: o conceito de regressão à dependência.

O tempo não aparece na literatura winnicottiana como uma teoria desenvolvida. Ou seja, Winnicott não se ocupou explicitamente em desenvolver uma teoria do tempo. Porém, isso não quer dizer que ele não tenha contribuído originalmente para o tema, haja vista as recorrentes representações e imagens de tempo contidas em sua obra. Procuraremos demonstrar, nesta tese, a importância clínica, a relevância teórica e a originalidade da concepção da regressão à dependência em Winnicott. Para começar, destacamos os cinco conceitos-chave que conduzirão, em princípio, nossa argumentação: (1) continuidade de ser (“*going-on-being*”), (2) o processo de amadurecimento, (3) regressão à dependência, (4) congelamento da situação traumática e (5) a multiplicidade ou circularidade do tempo. E utilizaremos, como pano de fundo fundamental à nossa questão central, a diferenciação entre tempo, temporalidade e temporalização proposta por Jean Laplanche<sup>10</sup>.

Para Laplanche, o *tempo* se refere à noção física ou cosmológica; a *temporalidade*, à subjetividade, e esta faz a articulação, em amplo sentido, entre indivíduo e vida; e a *temporalização* se vincularia ao movimento pelo qual o indivíduo cria seu próprio tempo; “a psicanálise só tem algo de interessante a dizer sobre o tempo no plano da temporalização” (LAPLANCHE apud PELBART, 2000, p. 131)<sup>11</sup>. Sendo assim, como poderíamos ler a epígrafe supracitada de Winnicott? Poderíamos entender a loucura como a descontinuidade pessoal da existência, como a falha da criação de um tempo pessoal? Estaria a loucura

<sup>10</sup> Em “Temporalité et traduction. Pour une remise au travail de la philosophie du temps” (apud PELBART, 2000, p. 131).

<sup>11</sup> Laplanche se refere ao movimento presente → passado → futuro como movimento originário da temporalização.

intimamente ligada à questão da temporalização? Em outras palavras: seria a normalidade a possibilidade de experimentar a continuidade no tempo e no tempo? E mais, a regressão à dependência seria o único dispositivo da teoria do método psicanalítico capaz de voltar com o indivíduo ao momento anterior ao trauma, de modo a reestabelecer a continuidade pessoal de sua existência? Essas questões colocam o tempo como eixo conceitual fundamental na compreensão da teoria winnicottiana. Vejamos por quê.

Para Winnicott, a continuidade do ser no tempo deve permanecer ao longo da vida até a morte. Essa continuidade no tempo acompanha o indivíduo. Propomos três modos de continuidade: (1) a continuidade do tempo subjetivo, (2) a continuidade do tempo compartilhado no campo dos fenômenos transicionais e (3) a continuidade do tempo objetivamente percebido.

Poderíamos, portanto, a partir daí pensar a “patologia” winnicottiana tendo como parâmetro a noção de temporalização, referida à relação do indivíduo com o mundo, em termos de sua continuidade de ser e da afirmação do si-mesmo. Na “saúde”, o indivíduo teria a possibilidade de experienciar a continuidade de ser ao longo do tempo (“*going-on-being*”), enquanto, nos estados chamados “patológicos”, existiriam tipos de rupturas dessa continuidade (“*breakdown*”), caracterizando assim a doença<sup>12</sup>. A esse respeito, Elsa Dias (2003, p. 158) pontua com pertinência: “Ao longo da vida até a morte, a continuidade de ser permanecerá como o problema fundamental; sua preservação equivale à saúde”. A expressão empírica disso, dado que ninguém reclama de sua continuidade de ser, é: “não consigo viver”, “não sei onde estou”, “não vejo saída”, “cheguei ao fim da linha” e, finalmente, “quero morrer!”. Uma importante questão a ser destacada neste momento é que essa continuidade não pode ser assegurada pelo próprio bebê, é o ambiente previsível e confiável que a garante. Portanto, é da condição de dependência do bebê que surgem suas necessidades e problemas fundamentais, tais como: nascer, sentir-se real, ter contato com a realidade, integrar-se no tempo e no espaço, criar a distinção entre realidade interna e externa, criar a capacidade do uso de objetos e ser si-mesmo. Para todas essas tarefas, o bebê “precisa de uma presença segura da mãe que inspire fé em Si-Mesmo e no mundo” (LOPARIC, 1996). A ausência ou a quebra das

<sup>12</sup> A ruptura em cada um dos tempos resultaria em patologias distintas.

condições de confiabilidade resultam necessariamente em trauma, o que equivale à ruptura da continuidade de ser. No texto de Loparic (2014 e WINNICOTT, 2005, p. 194):

Para que possamos dar conta das psicoses, temos de assumir, reafirma Winnicott em 1968, uma “teoria geral da continuidade, de uma tendência inata no sentido do crescimento e da evolução pessoal”, isto é, uma *teoria do amadurecimento*. Essa teoria vem acompanhada de uma “teoria da doença mental como uma interrupção do desenvolvimento”, ou seja, uma *teoria da etiologia e da natureza das psicoses*, entendidas como bloqueio do amadurecimento, e de uma *teoria da cura*, baseada na ideia de que “se um bloqueio do desenvolvimento é afastado, então disso decorre o crescimento, por causa das poderosas forças que pertencem às tendências herdadas [que se encontram] no ser humano individual”.

Temos aqui, com Winnicott e Loparic, mais um argumento a favor da tese de que a patologia winnicottiana está intimamente ligada ao tempo e é, portanto, uma patologia maturacional.

### **1.1. Linhas gerais da teoria winnicottiana do amadurecimento e o estabelecimento da continuidade de ser**

*Há, portanto, aqueles que não chegam a nascer e permanecem num tempo anterior ao tempo do mundo.*

Elsa Oliveira Dias

No início, não há tempo (nem mesmo subjetivo), e tudo é para sempre. O ser emerge do não ser, de modo que a falha ambiental, que quebra a linha da vida, é vivida como aniquilação definitiva. Um pouco mais à frente, no processo de amadurecimento, bem próximo aos fenômenos transicionais, a mãe que desaparece por X tempo maior que a tolerância da criança suporta (tolerância aqui equivale à capacidade da criança de manter a presença, existência da mãe mesmo na sua ausência física) corresponde à morte (definitiva) da mãe e, portanto, dela (a criança) também. Qualquer intrusão ou falha de adaptação causa uma reação no lactente e essa reação quebra a sua continuidade de ser, pois, enquanto estiver reagindo, o bebê não estará sendo (DIAS, 2006).

Para que exista a possibilidade de o indivíduo experimentar a continuidade no tempo, foi necessário que houvesse outra continuidade, ou seja, aquela relativa aos cuidados ambientais num estágio de dependência absoluta. As experiências vividas durante essa fase são experiências que garantem uma sensação de confiança, já que o bebê pôde permanecer relaxado, tranquilo e seguro em função da previsibilidade dos cuidados recebidos. Desse estado relaxado, pode surgir sua ação criativa: o gesto espontâneo. Na sua capacidade adaptativa, a mãe atribui importância e significado à manifestação criativa do infante,

garantindo assim ao bebê a possibilidade de experimentar a confiança no próprio impulso criativo. Dessa experiência, resultaria o senso de existir. Isso se dá, em grande parte, porque a continuidade desses cuidados possibilita a integração do ego,<sup>13</sup> indiferenciado, do bebê numa unidade psicossomática. Poderíamos pensar que a continuidade dos cuidados maternos ao longo do tempo é fundamental para toda possibilidade criativa do ser humano – inclusive para a criação de um tempo próprio: “Aqui a palavra-chave é integração, que comporta quase todas as tarefas do desenvolvimento. A integração leva o bebê ao *status* unitário” (WINNICOTT, 1986a, p. 28). Nas palavras de Loparic (2014):

O processo de amadurecimento é a realização de um potencial herdado, de uma tendência inata, constitutiva na natureza humana, para o crescimento e o desenvolvimento, que inclui, como componente central, a integração numa unidade de todos os aspectos da vida de um indivíduo.

Como pudemos perceber com essa breve exposição, é no estágio de dependência absoluta que a descontinuidade, vivida como falta ou invasão ambiental, terá consequências mais graves para o indivíduo, afetando inclusive a criação das três dimensões temporais: subjetiva, transicional e objetiva. É do cuidado contínuo expresso pela presença da mãe atenta ao ritmo de seu bebê que o indivíduo pode ser na continuidade nos tempos subjetivo, transicional e objetivo. A continuidade nesses tempos é pressuposto fundamental para que as experiências sejam vividas e integradas num EU nessas fases. Caso contrário, quando há ruptura, o indivíduo reage ao ambiente e não vive plenamente a partir do próprio corpo (integração psicossomática no tempo subjetivo), não tem possibilidade de ser criativo (criação do objeto transicional no tempo transicional), e não tem possibilidade de se relacionar com os objetos (relação com objetos objetivamente percebidos no tempo compartilhado ou cronológico). A ruptura da continuidade no estágio de dependência absoluta remete aos quadros psicóticos. Fica aqui delimitado, de maneira explícita, a patologia maturacional a que nos referíamos anteriormente, e são para esses pacientes que a regressão à dependência é uma necessidade. Voltaremos a esse assunto adiante.

Num segundo estágio, podemos pensar que a fidedignidade no fator ambiental garante também ao bebê uma experiência paradoxal: a de criar algo que estava lá para ser criado. No início, a capacidade criativa necessita do apoio da mãe, de modo que sua existência possibilite

<sup>13</sup> Winnicott apresenta dois sentidos para ego: como uma tendência inata à integração ou como uma unidade. Desse modo, entendemos ego como o resultado dos processos de integração.

que o bebê crie um substituto a ela: o objeto transicional. A presença da mãe é constituinte para o objeto transicional, de modo que ele só tem valor com a sua presença – é a mãe que dá sentido ao objeto transicional; é necessário que ela permaneça lá, já que o sentimento de que a mãe existe não dura para sempre (dura certo tempo), e o bebê não suportará que sua ausência seja muito prolongada. Se isso ocorrer, o bebê poderá ficar traumatizado, pois poderá haver ruptura na continuidade da sua existência<sup>14</sup>. É a presença efetiva da mãe ou cuidadora que garante no início a continuidade da existência.

Destacamos aqui a importância da memória nesse processo: desde os primórdios de nossa existência, todas as experiências são “guardadas” e nada é perdido. Desse modo, poderíamos então dizer que é a memória da presença que também garante a continuidade do ser, pois ela é a memória viva da presença. Nesse sentido, quando a mãe oferece ao bebê seus cuidados ao longo do tempo, garante-lhe uma experiência de confiança a tal ponto que ele pode se interessar por outras coisas que não a mãe e, assim, “perdê-la”, pois já “memorizou” os cuidados recebidos. Nesse momento, o bebê passa a usar símbolos da sua relação com a mãe para se relacionar com o mundo, o objeto transicional seria o primeiro. Vale lembrar a particularidade desse símbolo, que é o objeto transicional – ele depende da existência do objeto (mãe) para ter validade, de modo que não é simbólico por natureza. Ele de fato é e não é a mãe, é transicional.

Sabemos que a teoria winnicottiana credita bastante importância aos momentos iniciais da vida dos seres humanos, ou seja, é nos primórdios da relação mãe-bebê que se desenvolverá, ou não, um padrão saudável de desenvolvimento daquela pessoa. Mas o que é um padrão saudável, o que é saúde para o autor inglês? Esta é uma pergunta cara a Winnicott, pois percebemos sua teorização gravitando, muitas vezes, ao redor desse tema. No livro *Home is Where We Start from* (“Tudo começa em casa”), no capítulo intitulado “O conceito do indivíduo saudável”, Winnicott define saúde como uma maturidade que corresponde à maturidade equivalente à idade do indivíduo (WINNICOTT, 1986a). Argumenta que o desenvolvimento prematuro do ego, bem como a consciência de si prematura são tão pouco saudáveis como a consciência atrasada. É como se o psicanalista inglês nos dissesse: tudo tem seu tempo e respeitar isso resulta em saúde.

<sup>14</sup> Vale lembrar que, para Winnicott, trauma equivale à ruptura na continuidade do ser, o que é diferente de feridas no EU.

Entendemos, também com Winnicott (1986a, p. 22), que a “continuidade de ser significa saúde”. Dito de outra forma, saúde equivale à capacidade que o indivíduo tem de continuar a ser ao longo do tempo e expressar sua criatividade. A continuidade de ser ao longo do tempo depende da relação do bebê com o ambiente, relação esta que sofre mudanças no decorrer do tempo. No início da vida, o bebê deve se relacionar apenas com objetos subjetivamente percebidos; depois de um tempo vivido desse modo, o bebê criará a ilusão de contato através do objeto transicional: com o tempo, passará a ampliar os fenômenos transicionais sem nunca perder contato com o modo criativo de se relacionar com o mundo. Após esse momento, estando na fase do EU SOU, podemos dizer que a criança irá lidar com objetos reais, ou seja, com objetos passíveis de serem tão odiados quanto amados. Cada uma dessas fases equivale a um modo de ser no tempo, a um modo de experimentar o tempo; a esses modos que designamos tempo subjetivo, transicional e objetivo.

Resumindo, a provisão dos cuidados ambientais possibilita a integração do EU<sup>15</sup>. Se houve ruptura da possibilidade de continuar sendo – vivida como invasão precoce ou falta demasiada dos cuidados ambientais –, a integração do si-mesmo será afetada (psicose). As consequências da ruptura da continuidade de ser serão diferentes, dependendo do momento em que ocorrem. Caracterizando, portanto, a gravidade da doença em caráter temporal – quanto mais cedo, mais grave, pois a integração do EU ainda estaria num estágio inicial. Se o bebê já tem um si-mesmo minimamente estabelecido no momento do trauma, o si-mesmo se protege e responde ao ambiente criando uma defesa em relação a esse ambiente, resguardando, assim, seu si-mesmo verdadeiro e espontâneo de futuras ameaças. Esse retraimento do si-mesmo interrompe o processo de amadurecimento do bebê e faz com que ele “pare” no tempo, congele na situação traumática, interrompa o processo de amadurecimento, já que ele deixa de ter experiências<sup>16</sup>. Desse modo, o núcleo criativo do si-mesmo deixa de experimentar a vida em sua própria temporalidade e criatividade. Nesses casos, estariam contemplados os pacientes de tipo falso si-mesmo patológico. Tais estados “patológicos” se instalam porque marcados pela ruptura ao invés da continuidade. Isso se

<sup>15</sup> Ego é, para Winnicott, e a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar numa unidade, que é diferente de *self*, de EU e de pessoa inteira.

<sup>16</sup> Vale destacar que geralmente a loucura não é uma regressão, já que esta pressupõe um elemento de confiança. É geralmente um arranjo sofisticado de defesas, cujo objetivo é prevenir a repetição da desintegração (WINNICOTT, 1986a, p. 28).

refere ao que Winnicott considera psicose. Para diferenciar de outras definições de psicose, chamaremos aqui de “psicose winnicottiana”. O autor expõe essas ideias:

Talvez valha a pena tentar formular isso de modo que dê ao fator tempo o seu devido peso. O sentimento de que a mãe existe dura X minutos. Se a mãe se ausenta por mais que X minutos, a imago se esvai, e junto com ela a capacidade do bebê de usar o símbolo da união. O bebê está angustiado, mas essa angústia é logo reparada porque a mãe retorna em X + Y minutos. Em X + Y minutos, o bebê não mudou. Mas em X + Y + Z minutos, o bebê ficou traumatizado. O trauma implica que o bebê teve uma experiência de *ruptura na continuidade da vida*, de modo que certas defesas primitivas se organizam agora a fim de defendê-lo contra a repetição da “angústia impensável” ou contra o retorno do estado confusional agudo pertencente à desintegração da recém surgida estrutura do ego (WINNICOTT, 1975a, p. 135; grifos no original).

Percebemos, portanto, a teoria winnicottiana não apenas inserida, mas intimamente referida à temporalização do indivíduo – já que muitas das pedras angulares da teoria se ligam diretamente a essa temporalização. Nas palavras de Winnicott: “em X + Y + Z minutos, o bebê ficou traumatizado”. Podemos deduzir dessa passagem que o trauma é temporal. Esse caráter temporal do trauma tem dois aspectos fundamentais: “não apenas o trauma tem, nele mesmo, um sentido temporal, como também atinge, prejudicando e mesmo impedindo, o processo pelo qual a temporalidade humana pessoal está sendo constituída” (DIAS, 2006, p. 5). Temos aqui uma amostra do quanto é cara ao autor a noção de tempo e o quanto ela está intimamente ligada a diversos conceitos fundamentais de sua teoria.

Estaríamos aqui, portanto, interessados em pesquisar o método clínico elaborado por Winnicott, para dar conta de pacientes (psicóticos) que tiveram sua continuidade de ser interrompida, ficando privados de uma continuidade pessoal da existência. São pacientes que precisarão, pelo uso da regressão à dependência, viver experiências com a figura do analista, que eram fundamentais para a integração do si-mesmo, mas que não ocorreram. O passado se faz presente no consultório através da regressão à dependência. No capítulo “Clinical Varieties of Transference”, em *Through Paediatrics...* (WINNICOTT, 1975b, p. 297), o autor discorre: “enquanto, na neurose de transferência, o passado entra no consultório, neste trabalho (lidando com a transferência psicótica), é mais verdade dizer que o presente volta ao passado e é o passado”.

## 1.2. Temporalidade nas escolas inglesa e francesa de psicanálise

A frase de Laplanche supracitada, “a psicanálise só tem algo de interessante a dizer sobre o tempo no plano da temporalização”, deve ser compreendida em seu contexto, já que se trata de um psicanalista francês e Winnicott é um psicanalista inglês. As diferenças e estilos dessas duas escolas de psicanálise se devem, em parte, pelas diferenças de estrutura semântica que as diversas línguas propiciam. Jô Gondar (2006) nos oferece uma interessante contribuição sobre esse assunto no artigo “Winnicott, Bergson, Lacan: tempo e psicanálise”. Nele, a autora faz distinção entre as acepções de tempo utilizadas pelas escolas inglesa e francesa, tomando por base a palavra alemã *Nachträglich*. Para a autora, a diferença na tradução dessa palavra para o francês e para o inglês é indicador das acepções de tempo das respectivas escolas, cada uma tendo, na tradução escolhida, representado a sua noção de tempo. Vejamos:

As versões francesa e inglesa da obra de Freud não atribuíram o mesmo sentido ao termo, cada uma delas escolhendo um equivalente capaz de se harmonizar com a noção de tempo mais adequada à sua escola. Os franceses traduziram *Nachträglich* por *après-coup*, enquanto que os ingleses preferiram traduzir por *deferred action* (ação retardada ou ação preterida) (Gondar, 2006, p. 105).

Para Gondar, apesar de Freud não ter uma teoria do tempo explícita, a referência ao tempo estava implícita em diversos de seus conceitos, tais como: memória, transmissão, repetição, perlaboração, pulsão, invenção, acontecimento e novo<sup>17</sup>. A autora francesa destaca:

Uma das noções de tempo que atravessam a obra de Freud tornou-se a mais conhecida – a noção de *Nachträglich*, que podemos traduzir por “posteriormente” ou por “*a posteriori*”. Essa noção vai ser o ponto de partida para pensarmos duas modalidades de tempo apresentadas por dois autores diferentes da psicanálise – Lacan e Winnicott” (Gondar, 2006, p. 105).

Ainda Gondar:

A escolha desses termos é fruto de duas ideias muito diferentes sobre a temporalidade. A escola inglesa defende a ideia de uma temporalidade processual, contínua, expressando-se em um desenvolvimento progressivo. É verdade que esse desenvolvimento comporta fixações ou regressões, mas elas são consideradas emperramentos de um processo que, em condições favoráveis, deveria seguir o seu curso. [...] Subjaz aí a ideia de retardamento, de demora, de espera. É claro que há divergências, meandros distintos entre alguns analistas ingleses, mas me parece ser possível marcar com duas palavras o solo temporal a partir do qual suas noções de tempo são construídas: *processo e continuidade* (Gondar, 2006, p. 106; grifos no original).

<sup>17</sup> O aprofundamento dessa discussão se encontra em Gondar (1995).

Concordamos quando Gondar diz que o tempo winnicottiano é um tempo processual e contínuo. Por outro lado, Laplanche baseia-se na tradução e tradição francesa que contempla um sentido de temporalização bastante diferente daquele que gostaríamos de utilizar para Winnicott. Ao nos referirmos aos processos de temporalização nesta tese, estamos nos referimos à continuidade.

A ideia de continuidade ou temporalidade processual é descartada na tradução francesa do *Nachträglich*. O termo *après-coup* sugere “golpe”, “ruptura”, “descontinuidade”. Os franceses não valorizam a ideia de etapas sucessivas de desenvolvimento, mas sim o modo como são subitamente reorganizadas, de maneira retrospectiva, as posições subjetivas. Se os ingleses defendem a ideia de uma temporalidade processual, isto é, de uma permanente mudança no tempo, os franceses privilegiam os momentos críticos, as cristalizações capazes de reordenar, num varrido, todas as contingências anteriores (GONDAR, 1995). Nesse caso, o tempo se constitui a partir de uma série de rupturas. A realidade temporal não é dada pela duração, mas pelo instante, ou seja, o tempo é fundamentalmente descontínuo. Trata-se de uma visão estrutural do tempo. O que estabelece diferenças, isto é, o que distingue um “antes” e um “depois” são instantes de subjetivação: um sujeito emerge num átimo, num instante, podendo em seguida desaparecer. Assim, a ênfase não é dada à espera, mas ao que se dá de súbito, num instante privilegiado. Podemos marcar com duas palavras essa concepção de tempo: *instante e descontinuidade* (Gondar, 2006, p. 106; grifos no original).

Nesse sentido, poderíamos pensar que a distinção laplanchiana, inicialmente usada, não contempla as dimensões do tempo winnicottiano que pretendemos desenvolver nesta tese – um tempo processual e contínuo, ou seja, da duração. Desse modo, as palavras temporalidade e temporalização se tornam nomenclaturas para uma só ideia: *o ser no tempo* ou *o modo como o indivíduo tem a experiência do tempo*.

É interessante refletirmos também sobre como as variadas ideias de tempo, reveladas nas diferentes traduções, podem dar margem à visão que as diferentes escolas adotam em relação à regressão no contexto clínico. Talvez o tempo processual e contínuo comporta melhor a ideia do amadurecimento circular do indivíduo que de fato comporta diversas fases do amadurecimento. É muito importante aqui distinguirmos *amadurecimento* de *desenvolvimento*: há desenvolvimento no amadurecimento; essas palavras não são equivalentes. A ideia de tempo baseada na ruptura e no instante reitera a visão de indivíduo muito diferente da proposta por Winnicott. Deixaremos o aprofundamento dessas questões para os filósofos; pretendíamos apenas esboçá-las.

### 1.3. Experiências de continuidade de ser no tempo

Uma das grandes contribuições de Winnicott é a possibilidade de pensar sobre a adequação, a normalidade excessiva, como uma manifestação de doença. Uma doença, que, em estados graves, representa total cisão entre o verdadeiro e o falso *self* (psicose winnicottiana). Entendemos o falso si-mesmo como uma estrutura de defesa que é acionada para preservar o verdadeiro si-mesmo de um ambiente invasivo, hostil. Não podemos esquecer que a estrutura de falso si-mesmo é também necessária e universal, já que ela representa a parte do ego que atende às exigências sociais, ao mesmo tempo que protege o verdadeiro si-mesmo do ambiente. O importante para o nosso estudo é a identificação de que, quando a estrutura de falso si-mesmo é criada na relação primordial, no estágio de dependência absoluta, não há espaço potencial e, portanto, há perda da área da criatividade. Em casos de falhas ambientais no estágio inicial da vida, ocorre a aniquilação do ser e, portanto, a aniquilação do tempo, nas palavras de Gilberto Safra (2005, p. 62): “um tempo que, por ter surgido a partir do ritmo singular da criança, faz parte de e é seu *self*”.

A partir da imagem emblemática sugerida por Loparic (2006), para caracterizar a teoria winnicottiana – o bebê no colo da mãe –, iremos estabelecer o equivalente clínico, por assim dizer, que garantirá, na regressão à dependência, as “experiências de continuidade de ser no tempo” necessárias ao indivíduo para adquirir seu *status* unitário e integrado. Considerando a integração no tempo e no espaço como as tarefas do início da vida, como conquistas (experiência) necessárias para o indivíduo, Winnicott aponta a importância de um ambiente facilitador que auxilie o bebê nessas tarefas. Essa é a função da mãe suficientemente boa (ou do analista), que funciona como um ambiente adaptativo às necessidades do bebê (ou paciente). A mãe, em situações favoráveis, cuida para que o bebê não sinta prematuramente a “realidade externa”, já que esta escapa ao controle onipotente da criança; ela atende às necessidades particulares do bebê para que este não se dê conta, antes do que deveria, de sua alteridade e nem do tempo do outro. Nesse momento inicial, o bebê só deve conhecer o seu próprio tempo (lidar apenas com as próprias experiências em sua própria temporalidade). Para ilustrar tal situação, poderíamos pensar no período de amamentação: a mãe dá de mamar quando o bebê tem fome – não antes, nem depois. Ela se ausenta somente por um tempo para que o bebê a preserve viva em sua memória, suportando assim a separação. Se a mãe se ausentar por um tempo maior do que a capacidade do bebê de mantê-la na memória, o bebê tem sua continuidade interrompida (PHILLIPS, 1988, p. 21). Em casos graves, como em

doenças esquizoides, é a desintegração que aparece como realidade ao invés da integração, ou seja, um desfazer ativo da integração<sup>18</sup>.

A “mãe-ambiente” se oferece por intermédio de seus cuidados, num tempo necessário para que o bebê *seja*. Oferece sua capacidade de ser, seu elemento feminino puro como presença ao bebê. Ela, na sua capacidade de ser, a partir de seu elemento feminino puro, é presença para o bebê. Podemos dizer que a mãe oferece cuidados, através do *holding*, para que o bebê temporalize, crie seu próprio tempo. A esse respeito, vale lançar mão de uma citação mais extensa daquilo que Gilberto Safra denomina *tempo subjetivo*:

É, inicialmente, no ritmo que o recém-nascido tem a possibilidade de existir de maneira singular, caso a mãe-meio ambiente possa adequar seu cuidado ao interjogo de tensões característico do bebê. A organização da dupla mãe-bebê segundo este ritmo constitui um primeiro núcleo ao redor do qual se integram elementos sensoriais, tais como: sensações táteis, sonoras, gustativas, entre outras, que irão compor o *self* do bebê. Este núcleo sustentado pela mãe ao longo de um período dá ao bebê *duração* em qualidades, levando-o a eventualmente constituir o que poderíamos denominar *tempo subjetivo*. Neste tempo o bebê existe, com vivacidade, como ser em presença de outro, vivido como parte de si mesmo. É um tempo que, por ter surgido a partir do ritmo singular da criança, faz parte de e *é* seu *self*. Ele é fruto da continuidade de ser do indivíduo e o retira do vácuo da eternidade e do não ser. Resgata-o da angústia impensável. Pessoas que não puderam constituir o tempo subjetivo sofreram um desencontro precoce entre seu ritmo e a maneira como o mundo se organizou. Estabelece-se uma fratura de não ser em seu *self*, que acarretará um prejuízo na função de realização, na criação da realidade. Trata-se de um ponto focal para o estabelecimento de um conflito com a realidade, o que tem sido chamado na literatura psicanalítica de núcleo psicótico (SAFRA, 2005, p. 61-62; grifos no original).

A fratura do não ser a que Safra se refere é uma brecha na continuidade do *self* – um tempo do não vivido, o tempo da morte. Os pacientes de tipo falso-*self* patológicos também sofrem da fratura do não ser com seu verdadeiro *self* resguardado de futuras ameaças e o falso *self* patológico cumprindo uma função adaptativa em relação ao ambiente. Essa fratura do não ser gera grande sofrimento e angústia. Muitas vezes, há tentativa de suicídio por parte do paciente, que se revela como constatação última de sua não existência: “onde o desejo de estar morto em geral é um disfarce para ainda não estar vivo” (WINNICOTT, 1990, p. 154).

<sup>18</sup> Diferenciamos aqui a não integração do estado inicial da desintegração. A desintegração é patológica e a não integração é um estado normal referente ao início da vida.

Loparic, ao propor uma aproximação entre Heidegger e Winnicott, evidencia a importância do caráter temporal do homem, já que:

[...] uma interpretação possível é a de que a natureza humana [...] [é] a estrutura invariante de um tipo muito particular de *temporalização* que se manifesta na forma de um ser humano que, conforme ele mesmo [Winnicott] diz, “é uma amostra, no tempo, da natureza humana” (LOPARIC, 2001, p. 51; grifo no original).

Ainda que tal aproximação não seja discutida aqui diretamente, acreditamos que ela nos possibilite compreender de forma mais abrangente a íntima relação de Winnicott com o tempo. Como? Mostrando que: “uma das formas de perturbação do amadurecimento é justamente a não constituição, pelo bebê, do tempo ou, melhor, dos tempos necessários para a continuidade da existência” (LOPARIC, 1999a, p. 359).

O tempo a que Loparic se refere não equivale ao tempo cronológico, especializado, e sim um tempo subjetivo, que deverá ser constituído. Ao propor a não constituição do tempo<sup>19</sup>, pelo bebê, Loparic nos apresenta uma dimensão da temporalidade bastante particular, pois se trata de um tempo vivo e necessário à existência: vivo, pois não é apresentado como uma dimensão *a priori* da realidade, como algo que preexiste ao indivíduo (como o tempo cronológico). Ao contrário do tempo cronológico, o tempo subjetivo deve ser constituído – cabe ao bebê constituir o tempo necessário à própria existência. Para essa tarefa, o bebê depende dos cuidados oferecidos pelo ambiente no período inicial de sua vida, ou como Winnicott denomina – período de dependência absoluta.

No início da vida, a temporalidade resume-se à continuidade de ser, e a garantia dessa continuidade é dada pelo ambiente previsível e confiável. Acreditamos que um ambiente previsível e confiável deva conter determinadas qualidades, que serão “replicadas” da melhor maneira possível pelo analista na situação transferencial. Para ser previsível e confiável, a mãe deve ser uma presença real para o bebê, ou seja, seus cuidados devem se basear no *ser* em vez do *fazer*. Só assim poderá garantir ao bebê uma duração estendida ao longo do tempo.

O recém-nascido vive numa espécie de *continuum*, numa mera duração estendida. Apesar de algumas pequenas marcações do tempo, como a respiração da mãe e a alternância dos estados de movimento e quietude terem sido já experimentados na vida intrauterina, sua temporalidade resume-se à sua continuidade de ser (DIAS, 2003, p. 197).

<sup>19</sup> Nos casos de patologias graves, como deficiência mental ou esquizofrenia infantil.

Ao bebê é dada a tarefa de se temporalizar, mas ele não é capaz de fazê-lo sozinho – sem os cuidados, o sujeito permanece no vácuo da eternidade e do não ser. Lembramos da frase de Winnicott: “não existe algo como um bebê”. Nela se evidencia que “o acontecer humano demanda presença de um outro” (SAFRA, 2005, p. 147). A mãe é a pessoa mais indicada para ser essa presença para o bebê, uma presença viva, que favorece o encontro. É a mãe que sustenta a situação ao longo do tempo, e isso significa que ela deve cuidar do bebê respeitando o ritmo dele: “O aspecto central dos cuidados adaptativos está relacionado ao tempo. Sua característica básica é a confiabilidade, e esta significa previsibilidade” (DIAS, 2003, p. 201). Essa citação de Elsa Dias nos oferece uma compreensão do tempo, relacionando-o à previsibilidade e à confiabilidade dos cuidados adaptativos. A previsibilidade dos cuidados temporaliza o bebê no mundo subjetivo. A capacidade de prever se torna uma base segura para a confiança, já que as expectativas sobre um futuro imediato são inicialmente formuladas (DIAS, 2006, p. 5). Entendemos que essa é a primeira dimensão de tempo vivida pelo indivíduo: um tempo subjetivo, regido por suas próprias necessidades atendidas pela continuidade dos cuidados previsíveis e confiáveis.

É este o fundamento da temporalização, inicialmente subjetiva, do bebê: a partir das experiências do presente, ele começa a constituir um “passado”, um “lugar” onde guardar experiências, de onde pode antecipar o futuro, pelo fato de algumas coisas e acontecimentos terem se tornado previsíveis (DIAS, 2003, p. 199).

Considerando, com Elsa Dias, o estágio de dependência absoluta<sup>20</sup> como aquele que compreende a vida intrauterina, o nascimento, o período imediatamente após o nascimento e o estágio da primeira mamada teórica (DIAS, 2003, p. 157), a partir de quando poderíamos presumir o início das dimensões temporais para o indivíduo? Tentaremos uma primeira aproximação de resposta a essa pergunta ainda com Dias:

O fato é que, em algum momento após a concepção, ocorre um “primeiro despertar”, a partir do qual passa a haver “um simples estado de ser, e uma consciência (*awareness*) incipiente da continuidade do ser e da continuidade do existir no tempo. [...] Tendo atingido o estado de ser, o que o bebê necessita é continuar a ser (DIAS, 2003, p. 157).

A integração no tempo e no espaço é a mais básica das tarefas do ser humano, mas não ocorre plenamente sem as outras. Podemos estabelecer, com Elsa Dias, a relação de determinada

<sup>20</sup> Momento em que o bebê está envolvido com as chamadas três tarefas: de integração, personalização e realização.

tarefa com o tipo de cuidado necessário para que ela ocorra de maneira satisfatória. Assim, cada tarefa corresponde a um tipo de cuidado oferecido pelo ambiente.

Integração no espaço e no tempo corresponde ao segurar ou sustentar (*holding*); o alojamento da psique no corpo é facilitado pelo manejo (*handling*), que é um aspecto mais específico do segurar, relativo aos cuidados físicos; o contato com objetos (*object-presenting*) (DIAS, 2003, p. 167).

Como vimos anteriormente, o tempo não é dado ao indivíduo, mas sim constituído, sustentado pelo *holding* materno. Isso se faz possível pelas experiências vividas e a memória das mesmas, ou seja, ocorre então uma integração numa identidade que faça sentido. Essa integração numa identidade seria, segundo Dias, a quarta tarefa a ser conquistada pelo indivíduo e só aparece nos escritos de Winnicott em 1966,

[...] quando, ao dar acabamento à sua teoria do objeto subjetivo, Winnicott introduz o conceito de identificação primária: durante a experiência excitada da amamentação, o bebê torna-se o objeto, fazendo as suas primeiras experiências de identidade (DIAS, 2003, p. 167).

O conceito de identificação primária, por sua vez, corrobora novamente a frase “não há algo como um bebê”, já que, no início, o modo de relacionamento do bebê com a mãe é baseado na relação objetal, em que o objeto é subjetivamente percebido: o bebê se identifica com a mãe a ponto que é o seio, dentro de sua área de onipotência, e a mãe, por sua vez, se adapta de tal modo ao bebê que atende a termo suas necessidades. O primeiro mundo habitado pelo bebê deve ser um mundo subjetivo, e um mundo subjetivo implica uma temporalidade subjetiva. Somente aos poucos o bebê é capaz de se reunir numa identidade própria; com a identidade de si, o bebê é capaz de ter experiências e guardar memória das mesmas.

O cuidado ambiental mais importante a ser fornecido à criança, para que a capacidade de “acreditar em ...” seja estabelecida, é ela poder “viver, durante o tempo adequado, num mundo subjetivo, no qual não se interrompe o mundo da realidade externa”. O mundo que começa a ser constituído de início, é o mundo subjetivo, ou seja, uma ambiência confiável, feita da totalidade dos cuidados maternos (DIAS, 2003, p. 168; grifos no original).

Percebemos que a temporalidade subjetiva é imensurável, ela é qualitativa e não quantitativa. Quando Winnicott fala em tempo adequado, se refere a um tempo adequado àquele indivíduo. O tempo subjetivo é expressão, concomitantemente, da criatividade primária e do suporte ambiental. Quando a criatividade primária do indivíduo é respeitada, ele pode experimentar o tempo em sua continuidade, estabelecendo assim uma base fundamental para todas as experiências futuras, decorrentes da temporalização, e é capaz de habitar num tempo próprio, o que confere sentido à vida e garante um modo pessoal de se relacionar com o mundo: “A

criatividade é a manutenção, através da vida, de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo” (WINNICOTT, 1986a, p. 40).

Sabemos que a vida criativa, na acepção winnicottiana, é aquela que merece ser vivida e, nesse sentido, é também aquela que carrega e confere sentido à própria existência. Toda expressão criativa humana encontra sua raiz nos primórdios da relação mãe-bebê. Nessa especial relação, o gesto espontâneo pode ser encontrado por uma mãe que espera por ele. São alguns os aspectos temporais da função materna (e analista) que possibilitam a temporalização do bebê (paciente). Dentre eles, destacamos: a capacidade de a mãe esperar, a capacidade de deixar seu bebê demorar na experiência, a capacidade de ser uma presença viva e a previsibilidade dos cuidados maternos. Em todos esses aspectos, a mãe respeita o ritmo inicial do bebê – só assim o tempo (para o bebê) poderá ser “vivo”, criativo e próprio. Veremos ao longo deste trabalho como essas características particulares da relação inicial mãe-bebê constituirão os alicerces do manejo clínico de pacientes que necessitem regredir à dependência na relação transferencial.

#### **1.4. Regressão à dependência a partir da perspectiva temporal**

*Caso o ambiente falhe em fornecer provisão ambiental necessária, o processo de amadurecimento (integração) fica interrompido. Ao redor das interrupções da linha temporal do ser, o indivíduo ergue defesas mais ou menos rígidas da sua espontaneidade. Se transitórias, indicam a possibilidade de uma posterior retomada do amadurecimento; se cronificadas, revelam doença, bloqueio do amadurecimento. Assim ficam constituídos indivíduos que não são maduros segundo a idade (nova definição de psicopatologia e da sociopatologia). Em outros casos, os indivíduos até mesmo perdem a maturidade – as aquisições anteriores do amadurecimento – e vivem regredidos.*  
Zeljko Loparic

A compreensão, herdada de Winnicott, de um indivíduo tendo como eixo principal o processo de amadurecimento, nos abre um novo modo de trabalhar no consultório, pois traz o acontecer humano no tempo. Dessa forma, a temática do tempo deixa de ter apenas um sentido filosófico e passa a ganhar materialidade clínica.

Regressão à dependência, tema principal desta tese, revela inevitavelmente um aspecto temporal. Regredir implica retrocesso ao invés de progresso. Nesse sentido, nos revela um movimento de retornar ao passado ao invés de seguir em direção ao futuro. Veremos no capítulo 7, intitulado A regressão à dependência absoluta em Winnicott: a clínica da

necessidade, destinado ao aprofundamento dessa questão como a regressão em Winnicott não é malvista, e nem deve ser evitada. Ao contrário, é o *caminho real* para a cura.

Como já dito, pretendemos, nesta tese, destacar a importância da temporalidade ao longo do processo de amadurecimento humano pela compreensão de um fenômeno temporal específico: a continuidade de se. Em casos de ruptura da continuidade de ser, somente com a regressão à dependência é que se pode tratar o paciente.

O leitor atento da obra de Winnicott perceberá que o psicanalista inglês revela uma acepção muito particular da ideia de tempo ao esboçar sua visão de ser humano ao longo de sua teoria do amadurecimento. “O ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana” (WINNICOTT, 1988b, p. 11). O indivíduo amadurece ao longo do tempo, não linear, pois carrega todas as idades. O tempo em Winnicott é circular. Nas palavras de Loparic (2014): “O amadurecimento winnicottiano não é um movimento ascendente, que visa a alcançar o que há de mais elevado e melhor, mais um sobe e desce que percorre círculos cada vez mais amplos até alcançar o grande círculo da vida e da morte”. Não pretendemos argumentar aqui do ponto de vista da filosofia, e sim da prática clínica.

Tendo em vista a relação entre tempo e regressão, evidenciaremos alguns aspectos temporais da clínica winnicottiana. Começamos pelas palavras de Elsa Dias (2003, p. 202): “creio ser oportuno notar que estas questões muito básicas, relativas à constituição do tempo, servem para nortear o analista na sua tarefa terapêutica”. Essas questões nos auxiliam no sentido de revelar algo sobre as experiências primitivas do indivíduo, “de modo a podermos fornecer cuidado concernente à necessidade específica que ele apresenta e que varia segundo a idade emocional em que se encontra” (DIAS, 2003, p. 103). A idade emocional do paciente será mais reveladora ao analista sobre seu processo de amadurecimento do que a idade cronológica, já que todos os pacientes têm todas as idades ou nenhuma. “Todas as idades” quer dizer que não há linearidade no processo de amadurecimento, nem do tempo. É com base na acepção de tempo circular winnicottiano que pretendemos circunscrever o conceito de regressão à dependência.

Antes disso, queremos destacar quão relevante é o tempo na situação clínica em geral. Conforme Dias, o analista tem de se pautar pela necessidade do paciente. Acontecimentos

abruptos, por exemplo, devem ser evitados, de forma a garantir certa previsibilidade dos eventos.

Seja qual for a problemática que lidamos, não se pode terminar a sessão repentinamente, contando com o fato de o paciente ter um lado adulto, e de o horário ter sido combinado. Muitas vezes, em especial numa fase de regressão à dependência, a pessoa não está em contato com o tempo objetivo. [...]. É preciso ajudar o paciente, sinalizando com algum movimento, algum gesto, que a sessão está por terminar (DIAS, 2003, p. 202).

A autora ressalta a importância de o analista assumir o papel daquele que toma conta do tempo: “a capacidade do analista encerrar a sessão dentro do combinado fornece segurança [...] por encarregar-se de manter contato com a realidade externa, libera o paciente para ir constituindo seu mundo subjetivo” (DIAS, 2003, p. 203)<sup>21</sup>. Pacientes psicóticos, que se encontram regredidos, ficam bastante perturbados com simples alterações de rotina. Motivo para que também se mantenham as sessões no mesmo dia e horário. Tal previsibilidade – de dia e horário – é indispensável ao estabelecimento de confiança no analista, pressuposto básico para serem encaminhadas as experiências terapêuticas.

Entendemos esse tempo inicial como o tempo da experiência, um tempo em que o bebê precisa se relacionar com objetos subjetivamente percebidos. E aqui, o papel da mãe (ou analista) é crucial, pois é ela quem cuida para que a previsibilidade seja mantida e o bebê possa iniciar sua datação no tempo prevendo acontecimentos futuros, baseado nos cuidados recebidos no passado – a temporalização inicial garante a continuidade de ser. Esse processo continua ao longo dos fenômenos transicionais, mas aqui o bebê já pode manter viva a memória da presença da mãe por determinado tempo. Durante o tempo que puder “guardar a lembrança” da mãe, ele poderá se interessar por objetos e, eventualmente, atribuirá a um objeto escolhido um significado especial, “transformando-o”, por conseguinte, em objeto transicional. Vale lembrar que o objeto transicional não tem valor por si só, ele precisa da presença viva da mãe “de tempos em tempos”, para que a memória dos cuidados não se esmaça.

Alguns pacientes que não puderam constituir um tempo próprio, subjetivo, têm a temporalidade do relógio como o único tempo. São pacientes que sofrem tremendamente, pois

<sup>21</sup> Acreditamos na constatação de que “É pelo manejo do tempo que será possível, para Winnicott, exercer a psicanálise” (SAFRA, 1999). Não à toa, alguns o consideram o “psicanalista do tempo”.

sentem que não podem “contar com o tempo” ou “não tem tempo”. Aqui não há tempo para a duração, para a continuidade de uma experiência ao longo do tempo, mas, antes, uma incapacidade de se distanciar das solicitações externas ou do tempo cronológico. Por outro lado, existem pacientes que sentem o tempo compartilhado como uma afronta, uma submissão intolerável. São pessoas incapazes de cumprir prazos ou chegar no horário dos compromissos. Esses são modos distintos de viver o tempo objetivo, baseado nas experiências constitutivas vivenciadas nos estágios anteriores.

A constituição do tempo só se dará a partir de um colo, ou seja, só a partir do paradigma winnicottiano – o bebê no colo da mãe – ou da relação terapêutica reparadora das falhas iniciais – da díade analista-paciente. O único caminho clínico para reparar falhas anteriores à constituição de um si-mesmo será pela regressão à dependência. Ou seja, através da regressão à dependência na clínica é que poderemos chegar com o paciente ao momento anterior ao trauma.<sup>22</sup>

Esta tese pretende demonstrar o caráter inovador da regressão à dependência em Winnicott. Para tal, faremos uma breve reconstrução histórica do tema a partir de Freud, passando por Ferenczi.

<sup>22</sup> Lembramos que traumático para o indivíduo é ter de reagir ao ambiente em vez de simplesmente ser. Essa interrupção da continuidade de ser acarreta em defesa de tipo psicótico.

## CAPÍTULO 2 – DA REGRESSÃO COMO RESISTÊNCIA À REGRESSÃO À TERAPÊUTICA: OS LEGADOS DE FREUD E FERENCZI

Poucos psicanalistas sabem, mas Robert C. Van Sweden (1994, p. 34) comenta que a primeira referência ao conceito – depois descrito como regressão – aparece nos *Estudos sobre a Histeria*, de Breuer e Freud (publicados em 1895), na seção III sobre a “dor do sonho”. Faz sentido pensar que a ideia de regressão tenha surgido aí, tendo em vista a natureza do quadro sintomatológico das histéricas e a utilização da hipnose como via de cura. Estamos falando aqui dos primórdios da psicanálise, anterior ao estabelecimento da psicanálise como “*talking cure*”.

De acordo com James Strachey (apud VAN SWEDEN, 1994, p. 35), o motivo de Freud não ter dado os devidos créditos a Breuer pelo termo regressão seria uma espécie de retaliação por Breuer ter se afastado de Freud por conta da teoria da sexualidade infantil.

De todo modo, Freud utiliza o termo regressão pela primeira vez no livro “*A interpretação dos sonhos*”, de 1900/1914, onde aparece uma passagem acrescentada por ele em 1914, em que podemos verificar a distinção de três tipos de regressão: *tópica*, *temporal* e *formal* – descritas a seguir.

Já na obra *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, de 1905/1915, encontra-se a ideia de fixação da libido a vários estágios anteriores do desenvolvimento psicosexual.

No dicionário de Laplanche e Pontalis (2001, p. 440), a primeira definição de regressão é mais abrangente, e ainda contemplada por Winnicott: “Num processo psíquico que contenha um sentido de percurso ou de desenvolvimento, designa-se por regressão um retorno em sentido inverso desde o ponto já atingido até um ponto situado antes desse”.

Depois, vêm os tipos mencionados por Freud.

Considerada em sentido *tópico*, a regressão se dá, de acordo com Freud, ao longo de uma sucessão de sistemas psíquicos que a excitação percorre normalmente segundo determinada direção.

Em seu sentido *temporal*, a regressão supõe uma sucessão genética e designa o retorno do sujeito a etapas ultrapassadas do seu desenvolvimento (fases libidinais, relações de objeto, identificações, etc.)

No sentido *formal*, a regressão designa a passagem a modos de expressão e de comportamento de nível inferior do ponto de vista da complexidade, da estruturação e da diferenciação (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p. 440).

Podemos perceber quanto um tipo de regressão está vinculado ao outro. Entendemos que, na verdade, essa distinção é artificial e compreende aspectos do mesmo fenômeno. Impossível separar o aspecto temporal do formal, por exemplo.

Sem nos aprofundarmos mais nas particularidades de cada tipo de regressão, para a finalidade desta tese, é importante destacar que, naquela época, a regressão era compreendida como essencialmente patológica, como uma potencial resistência ao processo analítico. Vale pontuar também que Winnicott não utiliza esses sentidos de regressão em sua teoria. Contudo, poderíamos argumentar que, em Winnicott, a regressão *temporal* seria o sentido de regressão que mais coincide com o que o psicanalista inglês procurou abordar com o conceito.

Mesmo com essa possível aproximação, veremos, a seguir, como Winnicott se distancia da concepção freudiana de regressão, primordialmente em seu aspecto clínico. A regressão em Winnicott não é mais uma resistência ao processo analítico, e sim o único caminho de cura para certos tipos de pacientes.

## **2.1. Aspectos clínicos da psicanálise tradicional de Freud e a clínica de Winnicott: a diferença fundamental**

Antes de entrarmos na discussão sobre o tema, iremos abordar alguns aspectos fundamentais ao pressuposto teórico deste trabalho: a psicanálise. Diz respeito a algumas disposições pessoais de Freud. E a incursão pelo assunto leva em conta o fato de que a teoria psicanalítica foi desenvolvida por pessoas, que naturalmente carregam certas tendências.

Freud tinha interesses, limitações e objetivos que expressavam sua visão de mundo. Obviamente, não podemos fazer uso indiscriminado de sua biografia, mas podemos destacar determinados aspectos, como fez Winnicott ao evidenciar que a história inicial de Freud mostra que ele próprio chegou ao período de pré-latência (ou edípico) como uma pessoa inteira, capaz de encontrar pessoas inteiras e capaz de relacionamentos interpessoais: “As experiências de sua infância haviam sido suficientemente boas, de modo que, em sua autoanálise, pôde assumir como dada a maternagem do bebê” (WINNICOTT, 1975b, p. 284).

Ao assumir como garantidos e dados (“*taken for granted*”) os cuidados iniciais da mãe suficientemente boa, Freud se ocupou de ansiedades pertencentes aos relacionamentos interpessoais entre pessoas inteiras, já estabelecidas e distantes das ansiedades psicóticas<sup>23</sup>. Mesmo quando trabalha as questões pré-genitais da infância, a teoria deixa a desejar, pois não pôde levar em consideração as necessidades de pacientes que precisam regredir no contexto analítico. Winnicott escreve ainda que, “*para nossa sorte*”<sup>24</sup>, Freud não se interessou pela necessidade de regressão por parte do paciente, e sim para o que acontece na situação de análise quando a regressão não é necessária, sendo possível tomar como garantidos os cuidados iniciais.

Dando continuidade aos aspectos biográficos de Freud, que fariam com que ele não enxergasse as necessidades iniciais de certos pacientes, destacamos outros pontos. Entre eles, o fato de que Freud não gostava de olhar, ou melhor, de ser olhado por pacientes durante oito ou mais horas por dia. O divã foi usado também como um bom meio de evitar esse contato: “Esta técnica é a única que respeita minha individualidade. Não posso negar que outro médico, constituído diferentemente, poderá querer adotar outra atitude” (FREUD apud HAYNAL, 1989, p. 1). Outro aspecto a ser assinalado é que, apesar do interesse apaixonado de Freud pelo desenvolvimento teórico da psicanálise, ele não dividia o mesmo entusiasmo pela clínica ou pela relação absolutamente particular que se estabelece entre analista e paciente nesse contexto. Existem diversos trechos que constatarem esse ponto especificamente. A Kardiner, teria dito: “Nunca fui um entusiasta da terapêutica”; e, em outra ocasião: “Eu não tenho grande interesse em problemas terapêuticos. Sou muito impaciente, e tenho diversas questões que me desqualificam como um grande analista” (KARDINER apud HAYNAL, 1989, p. 1). Em uma carta à Freud, Ferenczi (apud HAYNAL, 1989, p. 1) nos oferece ainda mais um argumento desse tipo: “Eu não compartilho sua opinião de que o tratamento é negligenciável ou desimportante, e que poderia ser dispensado porque é um assunto de menor interesse para nós”. E, por último: “Pacientes não são nada mais que barulho. A única utilidade deles é a de nos ajudar a ganhar a vida e nos oferecer material de aprendizado. De todo modo, não podemos ajudá-los” (FREUD apud HAYNAL, 1989, p. 32).

<sup>23</sup> Evidentemente nada pode ser dado como garantido no processo de amadurecimento, uma vez que conquistas podem ser perdidas.

<sup>24</sup> Parece que Winnicott (1975b, p. 284) tinha clareza de sua contribuição decisiva à psicanálise com o conceito de regressão à dependência quando grifa, em sua nota, “*fortunately for us*”, como algo que tivesse sido deixado não revelado para pesquisadores futuros.

Isso é o que gostaríamos de salientar acerca da predisposição de Freud para desenvolver sua teoria. Veremos, nos capítulos seguintes, destinados a Ferenczi e Winnicott, como esses analistas ambicionaram uma terapêutica realmente efetiva, movidos pela vontade de curar efetivamente seus pacientes. Um ímpeto que parece não ser recíproco em Freud. Poderíamos dizer que, em Freud, o que sobressai é o espírito investigativo científico, o que nos deixou um legado enorme, sem dúvida; mas, talvez, esse ímpeto tenha ofuscado o desejo do clínico que almeja curar seus pacientes. Esse legado nos parece ter sido deixado para Winnicott<sup>25</sup>.

Dito isso, prosseguiremos com as ideias de regressão em Freud e Winnicott.

Podemos dizer, de maneira simplificada, que a teoria psicanalítica tradicional tem como objetivo fundamental a resolução do complexo de Édipo. Nesse sentido, ela seria uma “psicologia de três pessoas” (VAN SWEDEN, 1994, p. 11)<sup>26</sup>: a criança (paciente), o pai e a mãe. Em resumo, o paciente viverá, através da “neurose de transferência”, seus conflitos inconscientes infantis, atualizados agora na figura do analista. O analista deverá, segundo Freud, “ser opaco ao seu paciente; tal qual um espelho, deveria não mostrar nada a mais do que lhe foi mostrado” (FREUD, 1912, p. 118). Da mesma maneira, o analista mantém uma postura de neutralidade, e se mantém livre de julgamento. Os comentários do analista são mínimos, a fim de não interferir na tarefa proposta ao paciente: “associar livremente” e verbalizar os pensamentos que venham à sua mente, sem priorizar um ou outro. Nessa tarefa de tornar consciente o inconsciente, qualquer silêncio é visto como uma resistência, e caberá ao analista interpretar as motivações inconscientes para tal e interpretá-las: tornando assim, consciente o inconsciente. Eis um resumo da psicanálise como “*talking cure*”.

Indivíduos que não respondiam bem ao método psicanalítico tradicional eram considerados não analisáveis. Freud interpretava a regressão como uma resistência, por se tratar de uma regressão a um ponto libidinal anterior, um ponto de fixação da libido. Assim, era algo de deveria ser evitado, pois atrapalhava o andamento do trabalho de análise. Margaret Little<sup>27</sup>, em seu relato de análise com Ella Sharpe, nos dá um exemplo do modo de compreender a

<sup>25</sup> Aprofundaremos esse tópico no capítulo 7.

<sup>26</sup> Durante esse trecho, me inspirei livremente em Van Sweden.

<sup>27</sup> Dedicaremos o capítulo 6 ao caso de Margaret Little.

regressão sob a perspectiva freudiana (LITTLE, 1990). Nesse relato precioso, Little conta como chega ao consultório de Sharpe e se deita rigidamente no divã, incapaz de se mexer ou falar qualquer coisa. Passado um tempo naquele silêncio que a angustiava, Little começa a gritar: “Isso não pode ser real!”. Relata que sentia como se estivesse num pesadelo e, ao final da sessão, Sharpe diz: “Levante, sente-se ali e vamos conversar”. Sharpe seguiu a conversa com interpretações sobre o comportamento de Little, interpretações condizentes com a teoria freudiana clássica: Little estaria sofrendo de “ansiedade de castração” (LITTLE, 1990, p. 32).

Winnicott comenta esta passagem clínica no texto “A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise” (WINNICOTT, 2005, p. 77), evidenciando a importância de o analista em questão poder ter comunicado à paciente que não seria capaz de atender às suas necessidades:

A paciente achou que isto era uma coisa boa do analista. Ele reconheceu diretamente que não poderia atender às necessidades básicas dela. [...] Tratava-se de uma questão de como afastar-se desse analista e ela apegou-se a ele até poder encontrar outro que não lhe dissesse para endireitar as meias.

Fica evidente a questão central dessa discussão, que, para nossos fins, consiste em três pontos extremamente importantes: (1) o erro de diagnóstico por parte de Sharpe, pressupondo que Little fosse uma pessoa inteira, neurótica; (2) a teoria psicanalítica até então (década de 1940) ainda não tinha à disposição um corpo teórico consistente que ajudasse Sharpe a encarar às *necessidades* de regressão de Little; (3) a importância do analista reconhecer e comunicar ao paciente sua incapacidade em atender à regressão. E, mesmo que houvesse corpo teórico que ajudasse a analista nessa questão, a dificuldade poderia advir de uma limitação do analista em acompanhar o paciente na árdua tarefa da regressão à dependência. Nesse ponto, Winnicott é enfático: é melhor o analista que não poderá acompanhar a regressão à dependência de seu paciente avisar antes, pois, assim, se evita muito sofrimento por parte do paciente. Ao estabelecer os próprios limites antes, o analista protege e cuida do paciente.

Não tinha ressentimentos a respeito deste tratamento fracassado, porque o analista nunca fingira poder fazer o que era incapaz de fazer. Ele não teria tido possibilidade de atender às necessidades dela, que, uma vez começadas, tornaram-se muito exigentes (WINNICOTT, 2005, p. 77).

Provavelmente, a interpretação por parte da analista carregava sentido também. O erro se fez ao priorizar essa interpretação, baseada no pressuposto diagnóstico dela como uma pessoa neurótica, em vez de perceber a potencial transferência psicótica e ou a necessidade de

regredir que essa transferência geralmente carrega. Nesse sentido, o núcleo traumatizado de Little permaneceu incomunicável, sem lugar no mundo.

Little era uma médica e analista, que já havia feito outra terapia anterior a essa e sabia que suas questões não eram de cunho sexual, edípicas. Little sabia que era psicótica, e tinha bastante intimidade com seus medos de ser destruída, esquecida, apagada, abandonada e de ficar louca. Aquilo que Sharpe falava para ela em suas interpretações não fazia sentido. Podemos imaginar os efeitos de solidão e desesperança que essas interpretações equivocadas provocavam em Little.

Faremos um breve parêntese aqui para mostrar ao leitor que, apesar de Ferenczi e Balint terem feito contribuições importantes para a literatura psicanalítica sobre a regressão, foi só com Winnicott que essa questão foi levada às últimas consequências e tornou-se passível de ser usada por nós, analistas, de forma mais efetiva. Em Winnicott, encontramos um corpo teórico coerente e consistente sobre a regressão à dependência, fato que não ocorre em Ferenczi, nem em Balint.

É sabido que o estudo e o tratamento das neuroses foram a pedra angular para a psicanálise tradicional de Freud, que, por sua vez, privilegia como objeto de estudo e tratamento o desenvolvimento da sexualidade, as relações de objeto guiadas pelo princípio do prazer e os conflitos provenientes do *id* e do *ego*. Em seu artigo de 1955, intitulado “Variações clínicas da transferência”, publicado no livro *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Winnicott aponta o fato de que a teoria freudiana sobre os estágios primitivos do desenvolvimento emocional havia sido formulada num momento em que a teoria psicanalítica era aplicada exclusivamente no tratamento de casos neuróticos. Ou seja, eram pacientes cujas necessidades básicas haviam sido atendidas. Resta a dúvida se realmente se tratavam de pacientes cujas necessidades básicas haviam sido atendidas ou se as possíveis problemáticas de natureza psicótica que emergiram não puderam ser percebidas mediante a teoria e a técnica psicanalítica disponível naquele momento.

No texto “Ideas and Definitions”, de 1950, Winnicott resume de maneira clara aquilo que pretendemos explicitar acerca da regressão à dependência.

O termo regressão aplica-se ordinariamente, nos textos psicanalíticos, a posições instintuais. A regressão se dá de experiências ou fantasias eróticas

para outras pré-genitais, ou para pontos de fixação pertencentes à vida da primeira infância, em que a fantasia pré-genital é naturalmente dominante. Regressão é também um termo conveniente para uso na descrição do estado de um adulto ou de uma criança na transferência (ou em qualquer outro relacionamento dependente), quando uma posição avançada é abandonada, restabelecendo-se uma dependência infantil. Tipicamente, uma regressão desta espécie se dá da independência para a dependência. Neste emprego do termo, o ambiente se vê indiretamente incluído, uma vez que a dependência implica em um meio que atenda à dependência. Em comparação, no outro uso do termo *regressão* não há referência implícita a um meio ambiente. A expressão é também usada para descrever o processo que pode ser observado em um tratamento, o desfazer-se gradual do *self* falso ou que toma conta, e a abordagem a um novo relacionamento, no qual o *self* zelador é passado para o terapeuta (WINNICOTT, 2005a, p. 37).

Não temos a pretensão de esgotar o assunto da regressão em Freud. Gostaríamos apenas de frisar que, na acepção winnicottiana, como nos apresenta o próprio autor, a regressão (à dependência) pressupõe a existência de um ambiente – um ambiente que atenda às necessidades do paciente. Desse modo, a regressão deixa de ser instintual, como em Freud, e passa a ser maturacional.

Para que se entenda com exatidão de que se trata, convém observar que Winnicott distingue dois grandes tipos de regressão: instintuais e maturacionais. As primeiras foram tematizadas pela psicanálise tradicional em termos de *pontos de fixação da libido durante o seu desenvolvimento*, e as segundas se tornaram objeto importante de estudos que Winnicott dedicou à inversão do processo do amadurecimento (LOPARIC, 2014; grifos no original).

Ferenczi tinha fortes inclinações terapêuticas e interesse especial pela questão da técnica, mas adiantamos que a ideia da regressão como maturacional não está presente de maneira nenhuma em Ferenczi. Vejamos, no item seguinte, como a questão da regressão aparece na obra do psicanalista húngaro.

## **2.2. Rumo à regressão à dependência: Ferenczi**

*Seu maior interesse estava na técnica terapêutica.*  
Paul Roazen

É sabido que Sándor Ferenczi e Michael Balint fizeram parte da escola húngara de psicanálise. Menos conhecida, talvez, seja a contribuição exata de cada um deles para o pensamento psicanalítico. Não pudemos, infelizmente, nos aprofundar no pensamento e contribuição de ambos os autores para a questão da regressão à dependência. Ao longo da feitura desta tese, os livros consultados nos trouxeram mais material pertinente à nossa pesquisa em relação a Ferenczi. Dentre eles, destacamos o livro de André Haynal,

*Controversies in the Psychoanalytic Method*, o livro de Paul Roazen, *Freud and his Followers*.

Pretendemos, nesta seção, explicitar a preocupação de Ferenczi com a questão da técnica e, principalmente, com a regressão, de modo a atender pacientes considerados “não analisáveis”.

### **2.2.1. As críticas de Ferenczi à técnica da psicanálise tradicional e os aspectos políticos**

Ferenczi tinha 34 anos quando conheceu Freud, em 1908. Segundo Balint (apud HAYNAL, 1989), Freud ficou imediatamente impressionado com Ferenczi, convidando-o para se apresentar na primeira conferência de psicanálise em Viena, naquele mesmo ano. A amizade dos dois se aprofundou, Ferenczi acompanhou Freud aos Estados Unidos no ano seguinte e frequentava a casa em que Freud passava as férias com a família. Freud, além de amigo, também analisou Ferenczi durante os anos de 1914 a 1916. Provavelmente aí nascia a discórdia entre esses dois nomes da psicanálise. Apesar disso, foi só bem mais tarde, ao final da vida, que Ferenczi escreveu os textos que o distanciaram de Freud e o colocaram no lugar de “*enfant terrible*” da psicanálise.

Precisamos levar em consideração o momento histórico em que Ferenczi faz suas críticas à técnica psicanalítica tradicional para pacientes que não eram bem escolhidos; naquele momento, a psicanálise e os seguidores de Freud tinham o objetivo de estabelecer a psicanálise como área científica respeitada. Nesse contexto, é mais fácil compreender a não aceitação de textos que expunham falhas do método tradicional psicanalítico. Podemos entender como a flexibilização da técnica, proposta por Ferenczi, para melhor se adaptar às necessidades dos pacientes acabou caindo em ouvidos surdos ou pouco generosos.

Para termos ideia da resistência, a publicação em língua inglesa desses textos tardios de Ferenczi foi apenas possível pela insistência de Michael Balint, seu antigo paciente. Ernest Jones, aparentemente, agiu no sentido de não incluir Ferenczi em publicações importantes e favoreceu o esquecimento do autor durante anos. Desde que Ferenczi se separou das ideias freudianas, a comunidade psicanalítica questionou sua fidelidade à psicanálise. Por isso, publicar seu trabalho foi uma tarefa difícil, que Balint trabalhou muito para conseguir levar a cabo, especialmente por causa da resistência do influente Ernest Jones, na época editor da *The International Psychoanalytical Library*. Balint (apud DIAS, 2011, p. 264) afirma que Jones

“Queria excluir da edição todos os escritos depois de 1928”. Finalmente, a tradução em inglês desses trabalhos só estava disponível após 1955, vinte anos depois de terem sido escritos.

Após escrever *Confusão de línguas*, em 1932, texto que seria apresentado num congresso de psicanálise, Ferenczi o mostrou para Freud; este, por sua vez, recomendou que Ferenczi não o lesse. O psicanalista húngaro o fez mesmo assim, o que deixou um sabor amargo na longa amizade desses dois nomes da psicanálise.

A bibliografia completa de Ferenczi é composta das obras: *First Contributions to Psychoanalysis*; *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*; *Final Contributions to Psychoanalysis*; *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*; e *Thalassa: a Theory of Genitality*.

As cartas entre Freud e Ferenczi são também um rico material para o debate em questão. O livro de André Haynal, *Controversies in Psychoanalytic Method. From Freud and Ferenczi to Michael Balint*, nos auxiliou a ilustrar o ponto central da discórdia Freud-Ferenczi, herança depois herdada por Balint, como um debate centrado num tema caro à psicanálise: o debate sobre o método psicanalítico.

A visão de Ferenczi sobre os objetivos e os métodos do processo analítico e as visões de Freud eram bastante conflitantes. Mas seria Ferenczi um traidor do movimento psicanalítico ou estaria ele ampliando a técnica psicanalítica? Sua morte solitária nos indica que, em vida, Ferenczi acabou isolado e desacreditado. Mas a leitura crítica de seu legado nos permite destinar a ele esse mesmo lugar? Ou o contrário: trilhar a sua contribuição como percussora das ideias de Winnicott sobre regressão à dependência? Esta tese pretende apontar na direção da segunda hipótese.

No texto de 1931, *Child-Analysis in the Analysis of Adults*, Ferenczi (1955) escreve: “Tenho uma espécie de crença fanática na eficácia da psicologia profunda, e isto me leva a atribuir fracassos eventuais não à ‘incurabilidade’ do paciente e sim à nossa própria falta de habilidade técnica” (FERENCZI apud VAN SWEDEN, 1994, p. 38). Essa crença e vontade destemida de alargar as fronteiras de sua técnica fazia com que Ferenczi acreditasse que seus pacientes estavam doentes porque não haviam tido a experiência de serem amados, e, na análise, precisavam da experiência acolhedora de aceitação-amor. É nesse mesmo texto que

Ferenczi explicita que via a função do analista como a de uma “mãe afetuosa” (FERENCZI apud VAN SWEDEN, 1994, p. 38). Aqui há um claro precursor do papel do analista, como “mãe”, em Winnicott. Essa crença acabou ganhando vida nas experimentações que Ferenczi fez com a técnica, entre elas a técnica ativa e a análise mútua. Exploraremos essas técnicas a seguir.

Em *Child-Analysis...*, já percebemos o autor experimentando sua técnica, quando ele põe menor ênfase na associação livre, pois sentia a dificuldade que muitos pacientes tinham de dizer o que vinha à mente, uma vez que “[...] ainda era [necessária] uma seleção consciente dos pensamentos. [Em vez disso, ele] pedia que seus pacientes relaxassem profundamente às impressões, tendências e emoções que emergiam espontaneamente” (FERENCZI, 1955, p. 128).

A postura de Ferenczi, de permitir que os pacientes “repetissem” suas emoções, era antagônica à posição assumida por Freud desde 1914: “onde repetir ao invés de lembrar [era] compreendido como um sintoma de resistência e, portanto, recomendado de ser extinto” (FERENCZI e RANK, 1925, p. 3). Ferenczi, ao contrário, acreditava que não havia nenhum outro caminho fora a repetição, já que, para muitos pacientes, a associação livre não era uma possibilidade, não por resistência, e sim pela impossibilidade de lembrar de suas experiências.

Aqui Ferenczi aponta uma direção, que será estruturada e aprofundada por Winnicott, no seu conceito de regressão à dependência, inserida em sua teoria do amadurecimento<sup>28</sup>.

Após a morte de Ferenczi, em 1933, Freud fala dele para um de seus pacientes: “Ferenczi tinha fome de amor. Este era seu segredo” (HAYNAL apud VAN SWEDEN, 1994, p. 39). É provável que as próprias questões de Ferenczi o deixaram sensível para as questões pré-edípicas/não analisáveis de seus pacientes, já que ele próprio, ao que tudo indica, procurou comunicar a Freud sua necessidade de regredir à dependência, sem nunca ter sido compreendido, muito menos atendido em sua necessidade, interpretada por Freud como “fome de amor”.

<sup>28</sup> Aprofundaremos essa ideia no capítulo 3: “Patologia maturacional winnicottiana”.

Se pudéssemos resumir o que parecia mover Ferenczi como analista, reproduziríamos as palavras de Freud (apud ROAZEN, 1975, p. 363): “Um único problema havia monopolizado seu interesse. A necessidade de curar e ajudar tornou-se primordial para ele”.

### ***2.2.2. Diferença fundamental entre Ferenczi e Freud: regressão***

*Acredito que o trauma e uma técnica psicanalítica que permita uma regressão profunda e um “novo início” é o que está verdadeiramente no centro do debate Freud-Ferenczi.*  
Paul Roazen

É isso que queríamos apontar sobre a predisposição de Freud ao desenvolvimento de sua teoria. Sabe-se que Ferenczi e, mais tarde, Winnicott, aspiravam a um processo terapêutico verdadeiramente efetivo, impulsionado pela vontade de curar seus pacientes. Este é um ímpeto que não parece ser recíproco em Freud. Pode-se argumentar que, em Freud, o que se destaca é o espírito investigativo científico, que nos deixou um legado tremendo, sem dúvida, mas talvez esse ímpeto tenha obscurecido o desejo do clínico de curar seus pacientes. Poderíamos argumentar que, entre Freud-Ferenczi e Winnicott, passamos do “*talking cure*” para um paradigma de “*care-cure*”, e também de uma psicologia de três pessoas para a psicologia de duas pessoas.

A insistência de Ferenczi e, mais tarde, de Balint em uma “psicologia de duas pessoas” para a psicanálise foi precursora de uma abordagem que colocou a interação mútua entre o bebê e a mãe no centro da compreensão do desenvolvimento psíquico (HAYNAL, 1989, p. xiii).

A técnica de Ferenczi colocou menos ênfase na associação livre, pois ele sentiu que, para muitos de seus pacientes, dizer o que veio à mente, era uma técnica que não permitia que os pacientes alcançassem o problema, o que em muitos casos era pré-verbal:

Tive a sensação de que o que chamamos de associação livre ainda era muito da natureza de uma seleção consciente de pensamentos, e então pedi ao paciente um relaxamento mais profundo e uma entrega mais completa às impressões, tendências e emoções, que surgiu de forma bastante espontânea nele (FERENCZI, 1955, p. 128).

Ferenczi já havia percebido que a incapacidade de associar livremente não era devido à resistência ao processo analítico. Como posso ver em muitos pacientes, há uma incapacidade de se comunicar verbalmente sobre experiências emocionais primitivas que ainda não estão integradas.

A seguir explicitaremos algumas das principais experimentações de Ferenczi sobre a técnica psicanalítica. Como veremos, há uma qualidade que jamais poderemos tirar do psicanalista húngaro: sua coragem.

### 2.2.2.1. Experimentos com técnica: técnica ativa

*Ferenczi acreditava que o processo terapêutico deveria estar enraizado na relação interativa entre paciente e analista. A ocorrência traumática do passado precisava ser revivida emocionalmente como parte da experiência analítica.*

Robert C. Van Sweden

O analista deve assumir uma presença no relacionamento analítico, não um “espelho”. Essa é a experimentação de Ferenczi com a “técnica ativa”, que incluíram um toque no ombro do paciente, uma passada de mão no cabelo do paciente ou mesmo um beijo.

A percepção precoce de Ferenczi sobre o valor da regressão no trabalho com os severamente perturbados foi derivada de sua convicção de que os psicanalistas haviam superestimado a influência das fantasias e subestimado as experiências traumáticas reais na infância (VAN SWEDEN, 1994, p. 40).

Na técnica ativa percebemos, em germe, elementos da clínica winnicottiana. O passado deverá virar presente na relação transferencial. Além disso, há uma experiência a ser vivida na relação com o analista, para além da tarefa interpretativa.

Ao que tudo indica, Ferenczi foi um pouco longe demais na sua experimentação. De todo modo – na clínica da regressão à dependência – ancorada na teoria maturacional, o toque será, muitas vezes, usado como meio de comunicação não verbal analista-paciente. Winnicott, nesse contexto, segurou as mãos e a cabeça de seus pacientes, quando houve a necessidade de que isso fosse feito.

### 2.2.2.2. Experiências com técnica: análise mútua

No livro *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*, o psicanalista registrou a análise de um paciente que chegou a um ponto difícil; ele descreve sua experimentação com o que denomina análise mútua, onde, após a sessão, o paciente e o terapeuta trocam de lugar (FERENCZI, 1988). No entanto, esse experimento não durou muito, logo Ferenczi reconheceu que tinha que abandonar essa abordagem.

Não temos meios de saber o tamanho da influência de Ferenczi em Winnicott. As referências diretas ao autor são raríssimas. Rodman (2003, p. 109), em sua biografia de Winnicott, menciona algo a respeito.

Winnicott tratou uma vez um paciente de Michael Balint que já havia sido paciente de Ferenczi. [...] Winnicott aprendeu muito sobre os métodos de Ferenczi através do tratamento desse paciente [...]. Disse que evitou ler Ferenczi para proteger seu pensamento original, implicando assim que ele esperava encontrar, ou realmente sabia, que havia semelhanças.

Apesar do escasso material que poderia comprovar essa influência, encontramos esta passagem em que Winnicott (1965, p. 125) reconhece: “Ferenczi (1931) contribuiu significativamente ao olhar para uma análise fracassada de um paciente com distúrbio de caráter, não simplesmente como uma falha de seleção, mas como uma deficiência da técnica psicanalítica”.

## CAPÍTULO 3 – PATOLOGIA MATORACIONAL WINNICOTTIANA

O processo de amadurecimento adquire centralidade na teoria winnicottiana, inclusive, e sobretudo, no diagnóstico. Neste capítulo, pretendemos explicitar a relação evidenciada por Winnicott entre psicose, imaturidade e processos primitivos, bem como a importância de se realizar um diagnóstico no início do tratamento psicanalítico.

O diagnóstico se faz fundamental, pois é o que orienta o tipo de cuidado a ser oferecido ao paciente. A distinção mais importante é saber se o paciente é neurótico ou psicótico. Feita inicialmente essa distinção, podem-se somar outras patologias específicas, mas ela é o ponto de partida.

Ao estabelecer a relação entre as defesas psicóticas e o período de dependência absoluta, Winnicott abre um campo vasto na prevenção de doenças mentais. Acreditamos que esse campo ainda tem muito a ser explorado e melhorado.

### 3.1. Classificação

No texto *Classification: Is There a Psycho-Analytic Contribution to Psychiatric Classification? (1959-1964)*, lido para a sociedade britânica de psicanálise, Winnicott resume a sua visão de patologia maturacional, em que estabelece uma relação definitiva entre psicose e imaturidade e, portanto, entre psicose e o período de dependência absoluta.

Os recentes desenvolvimentos a que me refiro são os conceitos de falso-*self*, a relação entre psicopatia e privação, e o entendimento de que a psicose tem sua origem no momento em que o ser humano imaturo é verdadeiramente dependente dos cuidados ambientais (WINNICOTT, 1965, p. 124).

Dessa forma, a classificação ou diagnóstico dos pacientes só faz sentido se estiver ancorada na teoria do amadurecimento: “Gradualmente, ao longo do tempo, o estudo da psicose passou a fazer mais sentido” (ibidem, p. 126).

Se o ambiente não for suficientemente adaptado às necessidades do bebê próximo ao início da vida, a regressão à dependência será uma necessidade maturacional, passível de ser comunicada e vivida, a depender das condições ambientais oferecidas. “O conceito de

regressão teve seu sentido alterado na metapsicologia psicanalítica [...] o termo regressão tem, portanto agora uma aplicação clínica na regressão à dependência” (ibidem, p. 128).

Classificação em Winnicott ganha, portanto, um caráter distinto do proposto na psicanálise tradicional: a classificação passa a ser feita a partir das distorções ambientais e não apenas do quadro sintomatológico do paciente.

Nesse sentido, acreditamos que Winnicott, ao distinguir as patologias, o fazia por dois motivos: o primeiro para informar a comunidade científica psicanalítica da época, e o outro para situar os analistas quanto às falhas ambientais características de cada defesa.

Se assim for, ficou como um legado aos leitores e estudiosos de Winnicott levar a sua própria classificação das patologias pela perspectiva maturacional e ambiental adiante.

Para a finalidade desta tese – demonstrar que a regressão à dependência é a grande inovação clínica de Winnicott –, a distinção das patologias baseada num quadro sintomatológico passa a ser quase obsoleta. Essa afirmação parece nova e revolucionária, mas Winnicott a fez em 1965.

Provavelmente, a contribuição mais importante da psicanálise para a psiquiatria e para a classificação psiquiátrica é a destruição da velha ideia das entidades da doença. Aqui o psicanalista está bem do outro lado do polo, do tipo de psiquiatra que pensa que há uma doença, esquizofrenia e outra doença, psicose maníaco-depressiva, e assim por diante (WINNICOTT, 1965, p. 132).

Não totalmente obsoleta, pois os sintomas e doenças assim classificados ainda nos auxiliam na tarefa de tatear, junto com nosso paciente, as escuras vias de seus afetos. O que se torna prevacente é a classificação dos ambientes, já que eles contêm as anormalidades: “Hoje, sugiro, estamos chegando à conclusão de que na psicose são as defesas muito primitivas que são colocadas em jogo e organizadas, devido a *anormalidades ambientais*” (ibidem, p. 135).

Para nós, o grupo de pacientes que precisará usar da regressão à dependência como processo terapêutico é justamente o dos pacientes psicóticos. Mas, afinal, quem são os pacientes psicóticos em Winnicott?

### 3.2. Psicose em Winnicott: “psicose winnicottiana”?

Winnicott apresenta uma patologia maturacional, ancorada no processo de amadurecimento que se dá no tempo; pensar o indivíduo como uma amostra temporal da natureza humana é como o psicanalista inglês nos oferece um novo paradigma para pensar a saúde e o adoecer humano.

O indivíduo em sua jornada vital, que é o processo de amadurecimento, sai de um estado precário de dependência absoluta rumo à dependência relativa. As doenças psicóticas se referem às falhas ambientais no período de dependência absoluta. O ambiente poderá falhar de inúmeras maneiras, e os resultados (entendidos como defesas) dessas falhas estarão relacionados às tarefas com que o indivíduo se ocupava no momento da falha. A patologia não poderia ser mais temporal do que isso.

Nesse novo paradigma, o tempo não só serve como elemento externo, mediador das relações do indivíduo com o ambiente, mas passa a ser uma espécie de fio condutor que constitui e faz parte do indivíduo. Como se a temporalidade individual fosse produzida da soma de pequenas experiências integradoras desde o útero até o EU SOU. Para Winnicott, a psicose deve ser entendida como a impossibilidade de o indivíduo proclamar justamente estas palavras: EU SOU.

Quando pensamos em doenças psicóticas, as defesas contra as agonias impensáveis entram em cena. As defesas podem ser de dissociação (falso si-mesmo) ou de desintegração ativa (esquizoidia). Ambas visam proteger o EU incipiente de futuras ameaças. A questão central aqui é que a defesa impede e para o processo de integração – e não alcança o EU SOU.

Esse novo paradigma nos oferece a possibilidade de, inclusive, tratar pacientes psicóticos, em consultório, com sucesso.

A doença psicótica deixa, portanto, de ter um caráter estrutural rígido e passa a definir um conjunto de defesas estabelecidas por um ego primitivo (frágil) diante de falhas ambientais (de caráter invasivo ou omissivo) maiores que sua capacidade pessoal em determinado momento. O indivíduo *congela a situação traumática* para não viver futuras ameaças de aniquilação. Nesse sentido, podemos compreender que a etiologia das psicoses para Winnicott

está no ambiente que falha na adaptação ativa àquele indivíduo e não na estrutura psíquica do mesmo. Essa afirmação abre toda uma possibilidade para a área do trabalho preventivo em saúde mental.

### **3.3. Agonias impensáveis**

Quando pensamos em doenças psicóticas, são as defesas contra as agonias impensáveis que tomamos por doença – a doença psicótica é, portanto, a defesa estruturada contra uma agonia impensável. As agonias impensáveis elencadas por Winnicott são: cair para sempre, despedaçar-se, enlouquecer. São experiências psicossomáticas que traduzem um estado primitivo de agonia num ego frágil e imaturo.

### **3.4. Duas estratégias contra as agonias impensáveis: esquizoidia e falso si-mesmo patológico (*borderline*)**

Voltando, ao nosso tema: qual é a diferença entre os pacientes psicóticos: *borderline* (falso si-mesmo) e esquizoide, que aparecem nos textos de Winnicott? Entendemos que essas são duas estratégias diferentes contra as agonias impensáveis.

Ao pensarmos em psicose, tendo incorporada a teoria do amadurecimento, logo nos remetemos ao início da vida de um bebê e na sua relação com a cuidadora primordial – geralmente, a mãe<sup>29</sup>.

Certamente, o psicanalista inglês dialogava com os termos vigentes na psicanálise, psiquiatria e pediatria da época. Com os estudos aprofundados da obra de Winnicott, principalmente da Escola de São Paulo, podemos pensar num futuro em que certa terminologia caia por terra. Explicamos melhor: com a perspectiva de uma patologia maturacional, será que poderíamos abandonar alguns dos diagnósticos supracitados por: imaturo, retraído, caótico, frágil etc.?

<sup>29</sup> Apenas um parêntese, sem nos aprofundar no tema, sobre as novas configurações familiares. A clínica atual nos apresenta casos de configurações familiares as mais diversas. Dentre elas, citamos os casais do mesmo gênero que têm filhos, com mais ou menos ajuda da tecnologia, as ditas “produções independentes”. A clínica psicanalítica acolhe e escuta essa nova realidade com estado de suspensão de qualquer moralidade ou imposição de uma norma. Essa variação da estruturação familiar nos gêneros não é motivo para abandonar o que Winnicott traz como constituição de um si-mesmo saudável. A teoria deve ser trabalhada para compreensão e ajuda dessa nova realidade.

Por esse motivo, neste trabalho, não vamos nos deter de maneira aprofundada nas diferenças diagnósticas supracitadas. Apenas explicitá-las. Explicamos por quê: partimos do pressuposto de que Winnicott, ao introduzir a teoria do amadurecimento, nos oferece também uma patologia maturacional, as diferenças diagnósticas passam a se reduzir, clinicamente, à necessidade maturacional que o paciente traz na relação transferencial. Percebemos aqui uma patologia absolutamente ancorada na temporalidade dos indivíduos. Todas as questões ligadas à não integração de um EU – as questões psicóticas, de tipo falso si-mesmo ou esquizoide – terão necessidade de regredir à dependência absoluta.

Entraremos, a seguir, num campo mais nebuloso, no qual a distinção entre os dois quadros, a partir da clínica da regressão, é menos evidente.

Tem-se como consenso de que uma particularidade da regressão à dependência é de que precisa haver, no paciente, um “*caretaker self*”<sup>30</sup> que possa entregar o verdadeiro si-mesmo aos cuidados do analista. Um belo e claro exemplo disso está no livro *Holding and Interpretation*, em que o psicanalista inglês descreve em detalhe a análise do caso B. (WINNICOTT, 1987a). O paciente é diagnosticado por Winnicott em uma passagem do livro como esquizoide de tipo depressivo; em outra, como falso si-mesmo. Propomos, a seguir, duas interpretações possíveis para esse fato.

A primeira interpretação argumenta que a depressão esquizoide de B era inicial, e que, com a melhora da análise, ele consegue se organizar minimamente num falso si-mesmo e, assim, entregar verdadeiro si-mesmo para Winnicott.

Quando B. vai à análise pela primeira vez, num estado de esquizoidia, é a mãe quem o leva. Como se o paciente não fosse capaz nem desse gesto de ajuda, dado o retraimento e desintegração. Esse fato se revela importante para a primeira interpretação: o esquizoide não regride à dependência. Com o trabalho analítico, B. consegue organizar um falso si-mesmo, que permite com que ele regrida à dependência. Nessa interpretação, o falso si-mesmo é condição para a regressão à dependência.

<sup>30</sup> Essa imagem foi sugerida a Winnicott por um paciente, a do falso si-mesmo cuidador.

Uma segunda interpretação é de que Winnicott usa os dois diagnósticos, pois talvez a depressão esquizoide ou o falso si-mesmo de B. passam a ser secundários à sua necessidade maturacional. Considerando que ambos os diagnósticos deverão trabalhar no sentido da conquista de um EU integrado, capaz de se relacionar com o ambiente, pois ambas as defesas impedem uma comunicação efetiva: tanto a esquizoidia, através do retraimento que protege, como o falso si-mesmo, que incorpora o ambiente de tal maneira que já não mais o distingue de si.

Na regressão à dependência, paciente e terapeuta estabelecem uma comunicação baseada na confiança e na atenção, e, assim, Winnicott atende às necessidades maturacionais de B. Na bonita imagem em que o paciente fala de uma “engrenagem no óleo”, Winnicott faz logo uma interpretação que pressupõe um meio, um continente, um colo em que B. pudesse repousar e integrar pedacinhos de si dissociados, desintegrados desde muito tempo. Nessa passagem, percebemos como o retraimento de B. se torna regressão com os cuidados ambientais de Winnicott.

Essa experiência de análise é relatada no texto “Withdrawal and Regression” (WINNICOTT, 1975b)<sup>31</sup>. Nele, o autor explicita como os pequenos retraimentos de seu paciente puderam se tornar regressões momentâneas, pois o ambiente foi adaptativo e reconheceu as necessidades maturacionais de B.

No texto “Notas sobre o retraimento e regressão”, no livro *Explorações psicanalíticas*, Winnicott diferencia claramente que, na regressão, há dependência, enquanto no retraimento, não – no retraimento há uma expectativa de um ambiente persecutório. Integração como o inverso da regressão, tendo o sentido de progresso; dessa maneira, a regressão tende a um retorno à não integração.

As sessões durante o período de regressão à dependência tendem a ser mais demoradas. O paciente, geralmente, precisa de mais tempo para transitar entre o estado de não integração – que nossa proteção especial na relação transferencial é capaz de fornecer – até ser capaz de

<sup>31</sup> Analisaremos esse texto no capítulo 4.

retomar à vida fora do consultório. Nesse momento de regressão à dependência, o analista se torna tal qual uma mãe adaptada às necessidades de seu bebê.

Talvez por ter partido de sua “patologia maturacional” – o que implicaria uma distinção entre transferência psicótica e neurótica –, de acordo com o momento em que as falhas ambientais superaram a capacidade pessoal do indivíduo, Winnicott não faz distinção, nesse caso, entre o manejo necessário para lidar com a depressão esquizoide de B, ou com seu falso si-mesmo. Isso pode nos indicar que, dada a cisão (psicose) nos dois casos, seja por via da dissociação ou da desintegração, o caminho terapêutico é o mesmo: da regressão à dependência, que favorece a integração num eu-mesmo.

Dando continuidade aos argumentos para a segunda interpretação, que se opõe à ideia de que só o falso si-mesmo é capaz de regredir, destacamos uma passagem de Winnicott.

Deve ser assinalado que a análise da psicose de tipo *esquizoide* é essencialmente diferente da análise do psiconeurótico, porque a primeira exige que o analista seja capaz de *suportar a regressão real à dependência*, enquanto a segunda necessita de algo diferente: da capacidade para tolerar ideias e sentimentos (amor, ódio, ambivalência, etc.) e para compreender processos, e também para demonstrar essa compreensão pela expressão adequada através da linguagem (a interpretação daquilo que o paciente está justamente em condições de admitir conscientemente) (WINNICOTT, 1990, p. 80; grifos da autora).

Nessa passagem, Winnicott explicita a regressão à dependência como tratamento para pacientes psicóticos de tipo esquizoide. Não pretendemos afirmar que não há distinção entre esquizoídia e falso si-mesmo, apenas que, da ótica do tema principal desta tese – a regressão à dependência –, essa distinção passa a ser secundária. Assim, procuraremos formular argumentos que justifiquem a segunda interpretação.

De modo a simplificar as nomenclaturas, por vezes não necessárias, esclarecemos que a diferença fundamental para nós terapeutas, no consultório, está na distinção entre neurose e psicose e as *necessidades* que esses pacientes trazem à relação transferencial. Numa singela nota de rodapé, Winnicott escreve sobre a importância de nos determos na necessidade quando as questões psicóticas são operantes na clínica.

A palavra “necessidade” tem importância aqui tal como “pulsão” tem na área da satisfação do instinto. A palavra “desejo” está fora de lugar, por pertencer a uma sofisticação que não se pode presumir no estágio de imaturidade que se acha em consideração (WINNICOTT, 2005a, p. 199).

Necessidade ganha, então, na psicanálise winnicottiana, uma importância maior que o desejo.

De todo modo, podemos resumir a distinção entre o quadro esquizoide do falso si-mesmo como defesas distintas: o esquizoide utiliza da desintegração ativa como defesa principal, enquanto o falso si-mesmo utiliza da dissociação.

Em carta à Masud Khan, Winnicott (1987b) nos esclarece sobre os sentidos da não integração, desintegração, dissociação, cisão, e, finalmente, regressão à dependência. A integração é uma conquista da saúde, e expressa a tendência do desenvolvimento de cada indivíduo. Assume, desse modo, um caráter temporal. O estado anterior à integração, o autor denomina não integração. A não integração representa um estado primitivo do amadurecimento, que só poderá ser vivido novamente sob uma relação muito específica, garantida pela qualidade da relação analista-paciente. Aqui a confiabilidade é crucial, questão de vida ou morte. A possibilidade de experimentar a esperança na relação transferencial permite que o paciente regrida à dependência e possa voltar ao estado de não integração. Ao assumir a não integração, abandona as defesas.

Fica claro ao leitor que a ênfase aqui dada não é a de uma descrição de um quadro sintomatológico pertencente a cada defesa, e sim entendê-las como duas respostas distintas às agonias impensáveis. A ênfase recai, portanto, no processo de amadurecimento e no tratamento proporcionado para ambos os quadros psicóticos: a regressão à dependência.

Outro complicador para essa discussão é que, por vezes, Winnicott (1986a, p. 176) identifica o *borderline* como esquizoide: “São os analistas que se concernem com casos *borderline* (personalidades esquizoides) que têm informações neste campo”.

Alfredo Naffah (2007) corrobora essa visão, de que o esquizoide é um *borderline*, no texto: “A problemática do falso *self* em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott”.

Não temos a pretensão de esgotar esse assunto, apenas queríamos explicitar as contradições e apontar possíveis soluções. Desse modo, tendo exposto nossa visão, explicitaremos a seguir como se entende, no momento, esquizoidia e falso si-mesmo com base em Winnicott.

### ***3.4.1. O esquizoide e o falso si-mesmo em seus aspectos sintomatológicos e ambientais***

Para Winnicott, as defesas são de desintegração (esquizoidia) e cisão (falso si-mesmo). Na desintegração, há uma fragmentação da personalidade, produzida e mantida para evitar a destrutividade inerente às relações objetais após a fusão dos impulsos destrutivos e eróticos. O autor descreve a dissociação como uma maneira sofisticada da desintegração, onde a personalidade total não cinde (WINNICOTT, 1987b, p. 132).

A aproximação com esses quadros patológicos nos levantou muitos questionamentos. Conforme explicitado anteriormente, considerando o diagnóstico feito a partir da teoria do amadurecimento e da natureza psicótica de ambos os quadros, ficamos relutantes em descrever cada um deles, mas, por fim, acreditamos que a tese ficaria incompleta se não expuséssemos, mesmo que em linhas gerais, as diferenças sintomatológicas e ambientais de ambas as patologias. As defesas distintas são produzidas por características ambientais diferentes.

#### ***3.4.1.1. Esquizoide***

Na esquizoidia, o ambiente tenderia a ser caótico, podendo, porém, ser afetivo em termos de respostas ao bebê. A característica ambiental principal é a imprevisibilidade. As defesas reproduzem, de certa maneira, essa imprevisibilidade através da desorganização ativa: a desintegração.

Os quadros chamados de esquizoide são caracterizados por um ambiente que permitiu algum tipo de constituição de objeto subjetivo e de ilusão de onipotência. A maior característica da personalidade esquizoide é a predileção por habitar no interior da realidade subjetivamente percebida, pessoal e privada, ficando, desse modo, restrita à sua área de onipotência.

Em relação à temporalidade, por exemplo, a personalidade esquizoide típica teria maior dificuldade em chegar no horário a um compromisso, já que a pontualidade é vista como submissão. Qualquer indício de submissão à realidade externa provoca um retraimento ao si-mesmo. O esquizoide, portanto, não consegue acessar a realidade – isto que chamamos de realidade compartilhada.

#### ***3.4.1.2. Falso si-mesmo (borderline)***

O ambiente inicial da personalidade de tipo falso si-mesmo é caracterizado pela impessoalidade, mecanicidade e frieza. Falta o estabelecimento de uma comunicação efetiva

entre mãe-bebê. O que prevalece é o aspecto mental da mãe. O campo das experiências, do espaço potencial e do gesto espontâneo estão comprometidos.

Desprovido de pessoalidade, ou de um lugar a partir do qual ser, a pessoa de tipo falso si-mesmo não se beneficiou da ilusão de onipotência, e, portanto, não constituiu um objeto subjetivo.

Sem poder contar com a realidade subjetiva, a pessoa desse tipo vive colada nas demandas ambientais. Suas próprias necessidades ficam ocultas em si mesmo. Frases típicas dessa patologia são: “preciso de um tempo para virar gente”, “não nasci ainda”, “não sei quem sou”, “não vivi até agora” e “tudo é uma mentira”. Há um sentido de irrealidade, pois as experiências não são vividas em primeira pessoa, e sim prevenidas pelo falso si-mesmo. O falso si-mesmo funciona como uma barreira que protege o verdadeiro si-mesmo de ameaças ambientais; por isso, o seu valor. Mas também impede qualquer porosidade e relacionamento. A desconfiança em relação ao ambiente é fortíssima. O passo inicial de tratamento será o do bom vínculo terapêutico e da confiança como pressuposto do trabalho clínico necessário: a regressão à dependência.

## CAPÍTULO 4 – O CONCEITO DE REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA NA OBRA DE WINNICOTT

Neste capítulo, iremos apresentar um resumo das principais ideias presentes nos textos de Winnicott em que encontramos a palavra-chave “regressão à dependência”. Desse modo, pretendemos nos aprofundar no ambiente teórico-clínico desse conceito no pensamento do autor. O foco se dará nos textos do período 1949-1955, que coincide com a análise de Margaret Little. Mesmo assim, usaremos citações encontradas nesta pesquisa ao longo da tese, abordagem que permitiu a mim uma visão panorâmica do conceito dentro da obra do autor estudado.

Em ordem cronológica, “regressão à dependência” aparece nos seguintes textos:

1949: “Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety” (em: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*)

1949: “Mind and Its Relation to the Psyche-Soma” (em: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*)

1954: “Withdrawal and Regression” (em: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*)

1954: “Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set Up”<sup>32</sup> (em: *Through Paediatricsto Psycho-Analysis*)

1955-1956: “Clinical Varieties of Transference” (em: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*)

1956: Carta à Enid Balint (em: *The Spontaneous Gesture*)

1960: “Aggression, Guilt and Reparation” (em: *Home is Where We Start From*)

1960: “Ego Distortion in Terms of the False-Self” (em: *The Maturation Processes and the facilitating Environment*)

1960: “The Theory of the Parent-Infant Relationship” (em: *The Maturation Processes and the facilitating Environment*)

1961: “Varieties in Psychotherapy” (em: *Home is Where We Start From*)

1961: Carta à Masud Kahn (em: *The Spontaneous Gesture*)

1963: “The Development of the Capacity for Concern” (em: *The Maturation Processes and the facilitating Environment*)

<sup>32</sup> Esses três textos iniciais foram lidos em congressos de psicanálise. Em Winnicott, é sempre bom levar em consideração para quem ele falava.

- 1963: “The Mentally Ill in Your Case Load” (em: *The Maturational Processes and the facilitating Environment*)
- 1963: “Psychiatric Disorder in Terms of Infantile Maturational Processes” (em *The Maturational Processes and the facilitating Environment*)
- 1963: “Hospital Care Supplementing Intensive Psychotherapy in Adolescence” (em: *The Maturational Processes and the facilitating Environment*)
- 1963: “Dependence on Infant Care in Child Care and in the Psycho-Analytic Setting” (em: *The Maturational Processes and the facilitating Environment*)
- 1964: “The Newborn and His Mother” (em: *Babies and Their Mothers*)
- 1968: Carta a R. Rodman (em: *The Spontaneous Gesture*)
- 1971: Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas (em: *O brincar e a realidade*, publicado no Brasil em 1975)
- 1988: *Human Nature* (Parte II, cap. 2; Parte IV, cap. 10 em: *Natureza humana*, publicado no Brasil em 1990)

Após leitura desse material, decidimos explorá-lo da maneira descrita a seguir.

Considerando minha predisposição pessoal, minha formação como analista e, principalmente, o modo como Winnicott chega às suas ideias, serão explorados com maior profundidade, como já dissemos, os textos escritos de 1949 a 1955. A escolha desse recorte temporal se justifica por esse período corresponder à análise de Margaret Little, que consideramos um caso exemplar no atendimento via regressão à dependência<sup>33</sup>, e também da segunda análise de B. Acreditamos que essas análises foram fundamentais para que Winnicott pudesse organizar teoricamente suas experiências clínicas sobre a regressão à dependência. Nesse período, ele apresentou seus dois textos mais icônicos sobre o assunto, ambos de 1954: “Withdrawal and Regression” (sobre o caso B.) e “Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set Up”.

Tendo em vista a orientação psicanalítica da tese, não poderíamos deixar de considerar também aspectos importantes da vida pessoal de Winnicott.

<sup>33</sup> Esse será o tema principal do capítulo 6: “Caso exemplar do tratamento via regressão à dependência absoluta: Margaret Little”.

Nos itens seguintes, faremos um breve resumo de cada um dos quatro textos destacados, tanto por sua importância em si como pelo assunto tratado, bem como por sua relevância para a tese. São eles: (A) 1949: “Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety”, (B) 1954: “Withdrawal and Regression”, (C) 1954: “Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set Up” e (D) 1949: “Mind and Its Relation to the Psyche-Soma”<sup>34</sup>.

#### **4.1. Período 1949-1954**

Como já dissemos, a primeira vez que Winnicott usou o termo “regressão à dependência” foi em 1949, em “Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety” (“Memórias de nascimento, trauma de nascimento e ansiedade”), texto lido para a Sociedade Britânica de Psicanálise.

Para contextualizar, vamos destacar alguns aspectos biográficos de Winnicott (RODMAN, 2003 p. 142).

O ano de 1949 foi um ano tumultuado em sua vida pessoal. Ele sofreu uma trombose coronária logo após a morte do pai, aos 94 anos. Ao final do ano, se separou de sua esposa Alice, com quem tinha grandes dificuldades de relacionamento, e teve a segunda trombose coronária.

Margaret Little, que estava em terapia com ele à época, descreve que o viu chegar “cinza” à sessão, ao que ele comenta estar com laringite, e Little responde: “você não está com laringite, é uma coronária”. Ao anoitecer, Winnicott teria ligado para Little e confirmado que ela estava certa. (Little posteriormente descreve a importância de ter podido saber da verdade e confiar em suas impressões.)<sup>35</sup>.

Além dessas duas, outra trombose coronária seguiu-se ao suicídio de uma paciente. Portanto, todas associadas a perdas: a de seu pai, a de seu casamento e a de sua paciente.

<sup>34</sup> Esse texto foi adicionado por estar no período estudado e conter um bom exemplo da regressão à dependência no contexto clínico.

<sup>35</sup> Aqui aparece a importância da honestidade, garantindo a confiabilidade e a possibilidade de o paciente confiar em si.

Um pouco mais adiante, de 1953 a 1954, suas convicções sobre a necessidade de certos pacientes regredirem à dependência o apartavam da maioria dos psicanalistas de sua geração. Mas, ao que tudo indica, ele tinha força egoica suficiente para ser um “*outsider*”.

#### **4.2. Texto A – 1949: “Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety”**

Nesse texto, Winnicott tinha o intuito de descrever casos clínicos que pudessem ilustrar fantasias e possíveis memórias da experiência de nascimento. No início, ele apresenta o que parece ser uma posição contraditória em relação à Freud<sup>36</sup>: “acho que poderia encontrar tudo que escrevi em algum lugar nos seus escritos” (WINNICOTT, 1975b, p. 174) e logo depois mostra ao leitor que é necessário sempre ter em mente, ao ler Freud, o que ele, um cientista da psicanálise, faria se pudesse considerar os avanços na área e a nova compreensão dos bebês.

O primeiro ponto que parece ser relevante para nossa tese é a seguinte afirmação contida do texto de 1949: “O analista deve estar preparado para esperar qualquer tipo de material que aparecer, incluindo material sobre o nascimento” (WINNICOTT, 1975b, p. 177). Sabemos que o material de análise é vasto, e, ao adicionar o trauma do nascimento, não pretende dizer que é possível fazer uma análise apenas com esse material. Entendemos que Winnicott nos convida aqui a ampliar nosso olhar como analistas para o tipo de material que poderá aparecer em sessão. O autor segue explicitando que devemos esperar todo tipo de fatores ambientais: por exemplo, o reconhecimento das experiências, inclusive intrauterinas, até a capacidade que o contexto social de determinada mulher tem de permitir que ela estabeleça uma devoção maternal ao seu bebê.

Dessa forma, o trauma do nascimento está inserido no processo de amadurecimento do indivíduo e poderá ter seus efeitos minimizados ou maximizados pelos cuidados ambientais subsequentes.

Em seguida, Winnicott ilustra, com um caso clínico de um menino de 5 anos, alguns aspectos importantes sobre a clínica winnicottiana da regressão. Esse menino, que havia sido

<sup>36</sup> Neste texto, o leitor habituado a Winnicott se surpreende pelo fato de o autor fazer um levantamento bibliográfico acerca do tema sobre o qual pretende esboçar. De fato, esse não é um procedimento comum, e é algo que até ele mesmo se arrepende, mas não poderia ter escrito de outra forma, foi espontâneo (disse em “Postscript: D.W.W. on D.W.W.”, em *Psycho-Analytic Explorations*, isso fica evidente). De toda forma, essa pequena introdução, em que cita Freud, Greenacre e Read’s, foi feita em 1954.

considerado deficiente mental, foi acolhido por Winnicott sob o diagnóstico inicial de uma deficiência secundária a uma psicose precoce e não por limitações cerebrais. O psicanalista conta que o menino passou um ou dois meses de análise “testando a habilidade do analista de aceitar suas aproximações sem demandar nada e ativamente adaptando às suas necessidades de maneira que sua própria mãe não conseguia fazer” (WINNICOTT, 1975b, p. 178). Depois de um tempo, o menino vai em direção ao analista e retrai, como que testando a habilidade do analista de aceitá-lo. Decorrido um tempo, o menino passou a sentar-se no colo de Winnicott, entrar em seu casaco e escorregar até o chão pelo meio de suas pernas, repetidas vezes. Toda a comunicação aqui era não verbal.

Esse trecho reportando a um caso clínico torna evidente alguns aspectos específicos da clínica winnicottiana. O primeiro ponto que o analista deverá estar atento é o fato de o paciente testar a fidedignidade do ambiente (analista), para ver se este poderá ser usado como um novo ambiente capaz de favorecer as experiências integradoras que o paciente precisa viver. O segundo aspecto importante é o fato de essa comunicação se basear numa comunicação não verbal, sem grandes interpretações.

O menino pôde transferir uma necessidade ao analista, que permitiu que experiências integradoras ocorressem. Winnicott (1975b, p. 178) diz: “Depois dessa experiência, eu estava pronto a acreditar que os traços de memória do nascimento podem persistir”.

Outro caso ilustrado no texto e que também contém aspectos que nos auxiliam no estudo da experiência de nascimento é o da Sra. H., uma enfermeira de 50 anos, que havia sido tratada por Winnicott 25 anos antes, época em que ele tinha pouca familiaridade com a literatura psicanalítica.

Na descrição do caso, o autor faz uma equivalência que merece ser destacada: ao se referir ao ofício da paciente, dizendo que ela se especializou no cuidado de crianças psicóticas, ele descreve essas crianças psicóticas como estando num estado de regressão. Essa equivalência não poderia passar despercebida, pois se revela bastante importante para a presente tese. Nela, encontramos a visão que Winnicott apresenta para sua patologia, ancorada no processo maturacional que se dá no tempo. Pensar o indivíduo como uma amostra temporal da natureza humana é como o psicanalista inglês nos oferece um novo paradigma para pensar a saúde e o adoecer humano.

A doença psicótica deixa de ter um caráter estrutural rígido e passa a definir um conjunto de defesas estabelecidas por um ego primitivo diante de invasões ambientais maiores que sua capacidade pessoal em determinado momento. O indivíduo congela a situação traumática para não viver futuras ameaças de aniquilação<sup>37</sup>. Conforme mencionado anteriormente, podemos compreender que a etiologia das psicoses para Winnicott está no ambiente que falha na adaptação ativa àquele indivíduo e não na estrutura psíquica do mesmo.

É nesse mesmo texto, um pouco mais adiante, que se encontra a preciosa citação: “uma das dificuldades de nossa técnica psicanalítica é saber em cada momento qual a idade do paciente na relação transferencial” (WINNICOTT, 1975b, p. 181). A idade do paciente revela em que momento do amadurecimento ele está. É importante lembrar que, clinicamente, percebemos que o amadurecimento não é linear e nem uma sucessão de fases. Ao contrário, o amadurecimento pressupõe um tempo cíclico em que o indivíduo é capaz de ter “todas as idades ou nenhuma” (WINNICOTT, 1986a, p. 81).

Voltando ao caso da Sra. H., no tratamento dessa paciente, Winnicott acompanhou durante várias vezes seu sono ser interrompido por pesadelos. Nesses pesadelos, ela gritava em crises agudas de ansiedade. Ao acordar, o analista podia ajudá-la a entrar em contato com a situação que gerava ansiedade e, assim, a fazia lembrar de diversos eventos traumáticos de sua infância. Nota-se aqui que não há interpretações do inconsciente reprimido, e sim manejo. O manejo inclui um tipo específico de interpretação, que revela a habilidade do analista em “ouvir” a comunicação, muitas vezes não verbal, de uma necessidade. O analista, ancorado na teoria do amadurecimento, entende a necessidade do paciente de regredir ao momento anterior à situação traumática e viver, num novo ambiente, pela primeira vez, experiências necessárias para a integração do ego.

A Sra. H. fica tão identificada com uma criança psicótica (autista) de 7 anos, que ela acompanhava, que passa a imitar seus gestos, seu jeito de andar etc. Através dessa identificação com a paciente pequena, a Sra. H. re-experenciava memórias físicas de seu próprio nascimento. Ela vive um “*blackout*” na fase do tratamento em que a menininha

<sup>37</sup> Angústia de aniquilação em vez de angústia de castração.

enfrentava grande medo de andar de metrô. O “*blackout*” e o medo de andar de metrô são interpretados como referidos à experiência de nascimento. O “*blackout*” que essa paciente vive na cama sem conseguir sair de casa é entendido como um renascimento. Depois desse episódio, a Sra. H. ficou bem e capaz de compreender melhor a natureza do trabalho que fazia com seus pequenos pacientes. Para isso, precisou da fase de regressão, que a permitisse retomar seu processo maturacional a partir do ponto em que havia parado.

Em seguida, Winnicott (1975b, p. 180) diz: “Penso que podemos dizer que as coisas estão indo bem quando o desenvolvimento pessoal do ego do recém-nascido se manteve intocado nos aspectos emocionais e físicos”.

Outro caso clínico que Winnicott relata é o de uma paciente cuja mãe, extremamente deprimida, com medo que a filha caísse, apertava ela de maneira forte demais, o que se tornava uma invasão. Foi por esse motivo que essa paciente pôde “presentear” Winnicott com uma importante descrição em forma de imagem desses momentos iniciais em termos de pressão:

No início, o indivíduo é como uma bolha. Se a pressão de fora ativamente se adaptar à pressão de dentro, então a bolha, ou seja, o eu (*self*) do bebê, é algo significativo. Se, ao contrário, a pressão ambiental é maior ou menor do que a pressão na bolha, daí não é a bolha que é importante, e sim o ambiente. Nesse caso, a bolha se adapta à pressão externa (WINNICOTT, 1975b, p. 182).

Essa paciente revelou ao analista, por meio dessa imagem da bolha, uma adaptação precoce dela ao ambiente, e a necessidade de retomar o processo de amadurecimento a partir desse ponto. O traumático aqui foi ter que reagir em vez de ser. Isso só é possível através da regressão à dependência, que se deu com Winnicott. Pela primeira vez, essa paciente se sentiu segurada por uma mãe relaxada, viva e pronta para fazer adaptações ativas a ela.

Aqui é oportuno aprofundar um pouco a ideia do analista como mãe. Sabemos que essa ideia foi introduzida pela primeira vez na psicanálise por Ferenczi, que sugere que o analista seria como uma mãe.

O bebê no colo da mãe se torna o novo paradigma clínico a partir de Winnicott, substituindo o paradigma edípico/triangular freudiano. Essa ideia nos foi passada por Loparic.

Terminando esse texto de 1949, Winnicott (WINNICOTT, 1975b, p. 192) resume e apresenta, pela primeira vez, o termo “regressão à dependência”:

Tudo isso pode ser claramente demonstrado no trabalho psicanalítico considerando que o analista é capaz de acompanhar o paciente de volta no desenvolvimento emocional tão longe quanto for necessário, através da regressão à dependência, de modo a alcançar o período anterior às invasões se tornarem múltiplas e insuportáveis.

Essa citação revela aspectos importantes: (1) sobre a função do analista – o analista acompanha o paciente na regressão e nunca o contrário; (2) sobre o aspecto temporal da regressão – a regressão representa um retorno a um momento anterior do processo de amadurecimento; (3) sobre a natureza do trauma – as invasões são múltiplas – o trauma é repetitivo e não um episódio específico.

#### **4.3. Texto B – 1954: “Withdrawal and Regression”**

Em 1954, Winnicott escreve “Withdrawal and Regression”, apresentado o texto para o público psicanalítico.<sup>38</sup> Inicia da seguinte maneira: “No decorrer da última década, fui forçado pela experiência de diversos pacientes adultos, que fizeram uma regressão na transferência ao longo de suas análises”. No caso que relata nesse texto, a regressão se deu através de retraimentos momentâneos. O psicanalista relata que pôde oferecer o manejo adequado ao caso, baseado em sua experiência com pacientes regredidos. Retraimento aqui tem a conotação de um desligamento temporário da realidade, podendo aparecer como um cochilo. Em seguida, pontua: “Por regressão à dependência e não especificamente regressão em termos de zonas erógenas” (WINNICOTT, 1975b, p. 255). Regressão em Winnicott, portanto, significa regressão à dependência.

Quando a regressão é necessariamente à dependência, ela pressupõe algo que é bastante cara ao autor em questão: a relação de dependência advinda na confiabilidade do ambiente. Exploraremos este ponto com maior detalhamento no capítulo 7.

Antes de prosseguir, é importante destacar dois pontos: (1) a regressão não foi uma escolha teórica de Winnicott, e sim uma necessidade que apareceu na relação transferencial (o que nos leva ao segundo ponto), (2) a regressão se dá *na* transferência, somente quando a

<sup>38</sup> Hoje sabemos que esse texto foi baseado no famoso caso B., cuja análise está detalhada em Winnicott (1987a).

transferência a suporta. Apenas sob determinadas condições é que a regressão à dependência se torna possível<sup>39</sup>. Um dos determinantes básicos é a capacidade de o analista suportar a dependência de seu paciente.

#### **4.3.1. Retraimento x regressão**

Nesse texto, Winnicott escolhe seis episódios significativos, extraídos de uma análise com um paciente esquizoide-depressivo<sup>40</sup>. O paciente é um famoso caso de Winnicott, conhecido como o caso B. O livro *Holding and Interpretation* é um minucioso relato dos últimos seis meses da segunda análise de B. com Winnicott. O paciente é um homem casado com filhos. Foi encaminhado de um hospital psiquiátrico e, na fase mais aguda de sua doença, teve um colapso em que se sentiu irreal e perdeu a pouca capacidade que tinha para espontaneidade. Ficou incapacitado de trabalhar por alguns meses depois de iniciar a análise. No primeiro episódio, Winnicott nos descreve um momento importante da análise em que esse paciente dá um sinal de espontaneidade, como se o verdadeiro si-mesmo aparecesse pela primeira vez, fazendo um gesto próprio e não mimético. O gesto do paciente foi o de se encolher no divã. No segundo episódio, algumas semanas mais tarde, o paciente lhe revela a ideia de se encolher, apesar de estar deitado normalmente, com as mãos no peito. A interpretação que o psicanalista inglês faz aqui é bem marcante, pois não possibilitou apenas um *insight*, mas permitiu que uma experiência fosse vivida. O autor destaca que não teria feito essa interpretação vinte anos antes. Enquanto B. falava sobre estar encolhido, fazia também movimentos com as mãos, como se seu encolhimento estivesse diante de sua face, e que ele se movia. Nesse momento, Winnicott (1987a, p. 188) faz a seguinte interpretação: “Ao falar de você mesmo encolhido e se mexendo, você está ao mesmo tempo implicando algo que naturalmente você não está descrevendo, pois não tem consciência disso; você está implicando a existência de um meio”.

O analista pergunta se ele entendeu o que queria dizer, imediatamente o paciente diz que sim, e completa: “como o óleo em que as rodas se movem” (WINNICOTT, 1987a, p. 188). Interessante notar a semelhança dessa imagem apresentada por B. com a imagem destacada no texto de 1949, em que uma paciente descreve uma bolha. Apesar de distintas, ambas sugerem e têm implícitas em si a ideia de um meio ambiente. Isso é de extrema importância na teoria winnicottiana. Talvez essas duas passagens clínicas possam ser consideradas uma

<sup>39</sup> Falaremos mais disso no capítulo 7.

<sup>40</sup> Voltaremos à questão do diagnóstico desse paciente, mencionado no capítulo 3.

espécie de síntese do que há de mais original no psicanalista inglês. Ao anunciar a existência de um meio ambiente ao redor das mãos encolhidas, que representavam o estado de retraimento do paciente, Winnicott pôde se tornar o ambiente e o paciente descartar então a sua defesa (*shield*) e regredir.

Depois disso, o paciente teve um sonho bastante importante, e a interpretação deste mostrou que ele havia podido descartar uma armadura, que não se fazia mais necessária, já que eu havia me mostrado capaz de providenciar um meio adequado no momento do retraimento. Parece que, pelo fornecimento imediato de um meio ao redor de seu si-mesmo retraído, eu converti o seu retraimento em regressão, e assim permiti que ele usasse essa experiência de maneira construtiva (WINNICOTT, 1987a, p. 188).

O retraimento poderá se transformar em regressão, dependendo da resposta do analista. Aqui parece ficar claro para o autor a importância da relação de dependência que se estabelece entre paciente e analista. O papel do analista, definitivamente, não fica restrito à interpretação do conteúdo inconsciente.

O analista aqui pôde esperar que aparecesse algo espontâneo do paciente, receber esse material de maneira que contemple a relação de dependência ali presente, devolver uma interpretação/manejo baseada na necessidade do paciente, e não no desejo de ser astuto do analista. Essa interpretação em Winnicott tem uma conotação específica, pois explicita a relação transferencial analista-paciente, como uma relação de dois corpos<sup>41</sup>.

O analista como um meio-colo não invasivo, que é capaz de sustentar a relação de dependência até onde o paciente precisar. Essas ideias vão se esclarecendo à medida que o texto prossegue. No terceiro episódio, Winnicott leva em consideração, primordialmente, o momento em que o paciente se encontra no processo de amadurecimento, revelando a regressão que seu paciente vivia na relação transferencial: “em termos de desenvolvimento emocional, o paciente estava na infância” (WINNICOTT, 1987a, p. 189). Por esse motivo, o autor usa a imagem de seu colo, assim como o divã como um colo. Convém atentar para essa passagem, pois ela evidencia o quanto do trabalho clínico de Winnicott está baseado em sua teoria do amadurecimento, que se dá no tempo<sup>42</sup>. O autor não diz que o paciente “se sente como se” estivesse na infância. Aqui devemos ser categóricos com Winnicott: a força,

<sup>41</sup> “A etiologia da esquizofrenia nos leva de volta, não ao complexo de Édipo (que nunca foi realmente ou plenamente alcançado) mas ao *relacionamento de dois corpos*, o relacionamento do bebê com a mãe antes do pai ou qualquer outro corpo entra em cena” (WINNICOTT, 1974, p. 234; grifo da autora).

<sup>42</sup> Já tratada no capítulo 1 desta tese.

importância e novidade da maneira como o autor nos apresenta a ideia de regressão à dependência está ancorada no processo de amadurecimento que se dá no tempo circular. O paciente não se sentia como um bebê, como talvez fosse interpretado anteriormente na psicanálise. Aqui o paciente *era de fato um bebê*, pois era ali que ele havia interrompido seu processo de amadurecimento. Era ao bebê que o analista deveria se adaptar. E assim o fez. Este ir e vir nos tempos e idades dos pacientes pressupõe grande maturidade e integração do analista.

A seguir, no quarto episódio, Winnicott interpreta a dissociação com que o paciente se relaciona com o mundo: por um lado a espontaneidade do verdadeiro si-mesmo, sem esperanças de encontrar um objeto além da imaginação; por outro lado, respostas a estímulos por parte de um si-mesmo relativamente falso ou irreal. Faz também uma interpretação do meio ambiente “ao contrário”.

Vale destacar que o autor prossegue dizendo que teria perdido essa oportunidade no início de sua carreira clínica. Mas nós, não. Inclusive, esta tese nasceu também da ideia de que o legado de Winnicott seja mais divulgado entre nós analistas, para que não percamos oportunidades únicas que nos aparecem em nossos consultórios.

#### **4.4. Texto C – 1954: “Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set Up”**

“O estudo do lugar da regressão no trabalho analítico é uma das tarefas que Freud nos deixou, e eu acredito que é um assunto para o qual a sociedade está preparada” (WINNICOTT, 1975b, p. 278). É assim que Winnicott inicia esta comunicação à Sociedade Britânica de Psicanálise.

Em seguida, comenta como o tema da regressão foi forçado a ele em certos casos. Interessante perceber como Winnicott apresenta a imposição da necessidade do paciente, para além de sua vontade como analista.

Explicita sua visão de que o analista é um cooperador de um processo que é do paciente. Diferencia, então, a técnica necessária para possibilitar o tratamento. Também enfatiza algo que já abordamos ao longo da tese: a escolha que os psicanalistas fazem de casos propícios

para análise evitam o contato com certos aspectos da natureza humana que levariam os analistas para além de seu aparato técnico.

A escolha de casos implica uma classificação, e Winnicott segue com uma classificação baseada *no aparato técnico dos analistas*. Para tal, divide os casos em três tipos.

- O primeiro tipo são os pacientes “pessoas inteiras” com um EU já constituído. Para essas pessoas, a técnica será a do modelo tradicional da psicanálise.
- O segundo tipo são os pacientes na “posição depressiva”, cuja conquista do concernimento ainda é frágil. Aqui também será utilizada a técnica psicanalítica, porém há certo manejo necessário por parte do analista, já que a questão da sobrevivência do analista se tornará um fator importante.
- O terceiro tipo são todos os pacientes que terão de lidar em suas análises com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, antes da conquista de um *status* unitário no tempo-espaço. A ênfase na técnica, para esses casos, será o manejo<sup>43</sup>.

Em seguida, descreve uma paciente que chegou até ele com a classificação de um paciente tipo 1. Porém, apesar de essa mulher jamais fosse classificada como psicótica por um psiquiatra, o processo de diagnóstico de Winnicott levou em consideração a formação precoce de um falso si-mesmo. Desse modo, para a eficácia do tratamento, a regressão em busca de seu verdadeiro si-mesmo era necessária.

Aqui se faz necessário sublinhar um ponto importante, que exploramos nesta tese, no capítulo 3, “Patologia maturacional...”, na seção Psicose em Winnicott: “psicose winnicottiana?”. O termo “psicose” em Winnicott ganha um sentido absolutamente novo. O próprio autor explana a esse respeito quanto trata da divergência diagnóstica de um psiquiatra e de alguém que trabalha a partir da teoria maturacional.

Winnicott (1975b, p. 280) confessa quanto esse caso em particular o ensinou e o desafiou: “O tratamento e manejo desse caso requisitou tudo que possuo como ser humano, como

<sup>43</sup> Aprofundaremos esse assunto no capítulo 7.

psicanalista, e como pediatra”<sup>44</sup>. Crescimento e sofrimento pessoal também fizeram parte do processo do analista:

[...] tive de aprender a examinar minha própria técnica sempre que as dificuldades apareciam, e, nas dúzias de vezes que surgiram as fases de resistência, a causa estava no fenômeno da contratransferência, que necessitava de mais autoanálise por parte do analista.

Para mim, a palavra regressão significa simplesmente o inverso do progresso. O progresso é, em si, a evolução do indivíduo, psicossoma, personalidade, e a mente [...] Progresso começa em uma data anterior ao parto. Há um *drive* biológico por trás do progresso (ibidem).

Não há possibilidade de o progresso ser revertido simplesmente. Para que o progresso seja revertido, deverá haver, no indivíduo, certa organização que permita a regressão ocorrer. Aqui Winnicott explicita a necessidade de certa dose de organização como pré-requisito do processo de regressão à dependência. O argumento de que só o falso si-mesmo regride fica mais contundente<sup>45</sup>.

Winnicott, a seguir, relata a sequência dos eventos: começando na formação de um falso si-mesmo como resposta às falhas ambientais, seguida da crença na possibilidade de correção da falha originária, representada pela latente capacidade para a regressão e sustentada numa complexa organização egoica. Na sequência, a provisão ambiental é seguida da regressão. Novo progresso no desenvolvimento emocional.

“Quando falamos em regressão em psicanálise, pressupomos a existência de uma organização egoica e o perigo do caos [...] estou considerando a ideia da regressão dentro de um mecanismo defensivo egoico altamente organizado, que envolve a formação de um falso si-mesmo” (ibidem, p. 280). O processo de regressão é um processo natural, que pode ser estudado em pessoas saudáveis, segundo o autor. Para ele, as psicoses graves carregam pouca esperança de uma nova oportunidade – e, para regredir, é necessário ter esperança (esperar com fé)<sup>46</sup>.

<sup>44</sup> Fica a dúvida aqui de como nós analistas, sem formação em pediatria e, principalmente, sem sermos Winnicott, damos conta da regressão de nossos pacientes em consultório.

<sup>45</sup> Já discutimos isso no capítulo 3 desta tese, na seção “Duas estratégias contra as agonias impensáveis: esquizoidia e falso si-mesmo patológico (*borderline*)”

<sup>46</sup> No capítulo 7, na seção “O analista e o elemento feminino puro (ou o tempo de espera)”, veremos como a capacidade de esperar é uma característica essencial, também para o analista, na clínica da regressão.

Winnicott descreve o “congelamento da situação traumática” como uma defesa normal e saudável. Em seguida, sugere uma relação desse “congelamento” com o conceito do ponto de fixação, e a existência de dois tipos de regressão no desenvolvimento do instinto: uma retorna a uma situação de falha inicial e a outra para uma situação de sucesso. Num caso cuja história precoce tenha sido satisfatória, veremos mais claramente a memória da dependência. No caso de falha ambiental precoce, notamos, em análise, as defesas pessoais, e é aqui que a análise se faz necessária.

O sentido que Winnicott (1975b, p. 283) tenta explicar é a regressão como um retorno ao ambiente inicial e não apenas um retorno a um ponto de fixação libidinal: “[...] ao falarmos de regressão, imediatamente falamos da adaptação ambiental em seus sucessos e fracassos”.

É interessante notar que, para Winnicott, a psicose está intimamente relacionada à saúde, pois nela poderá haver cura espontânea mediante inúmeras situações ambientais, que viriam a descongelar a situação traumática com o usufruto de variados fenômenos da vida cotidiana, como amizade, literatura, poesia etc.

A neurose, ao contrário, necessita da psicanálise, pois, nenhuma recuperação espontânea é esperada. Winnicott assinala que, em Freud, os casos tratados pela psicanálise eram casos cuja história precoce revelava cuidados suficientemente bons: os neuróticos.

Depois Winnicott divide o trabalho de Freud em dois aspectos: o da interpretação e o do *setting*. Ao detalhar aspectos do *setting*, acreditamos que ele tinha a intenção de externar quanto o *setting* freudiano contemplava elementos importantes para a clínica da regressão à dependência (WINNICOTT, 1975b, p. 283). Vejamos:

- Freud se colocava disponível ao paciente em horário e local predeterminado, cinco a seis vezes por semana.
- O analista estaria disponível, na hora, vivo, respirando.
- Por um período de tempo limitado, o analista se manteria acordado e ocupado com o paciente.
- O analista expressaria seu amor através do interesse positivo, e ódio por vias do início e término da sessão e dos honorários.
- O objetivo da análise era o de entrar em contato com os processos do paciente.

- O método do analista era de observação objetiva.
- O trabalho seria feito numa sala, silenciosa e confortável. O paciente se deitaria no divã.
- O analista se mantém neutro, sem julgamentos morais e não interfere na vida pessoal do paciente.
- Na situação analítica, o analista é mais confiável que as pessoas na vida cotidiana.
- Há distinção entre realidade e fantasia, portanto, o analista não fica ferido caso haja um sonho agressivo.
- A ausência de uma reação em resposta a algo feito pelo paciente.
- O analista sobrevive.

Isso mostra que, apesar de a teoria e técnica freudiana não terem explorado a regressão à dependência, seu *setting*, tal como formulado por Freud, é bastante propício à regressão. Na clínica contemporânea, são mais raros os casos com frequência maior do que duas vezes por semana. Seria interessante escutar das instituições de psicanálise tradicionais notícias sobre tais fenômenos e os impactos do *setting* na regressão dos pacientes.

Logo após, Winnicott explicita que em Freud há sempre três pessoas envolvidas. Na regressão, apenas duas pessoas, em que o analista representa a mãe e o paciente é um bebê. Há ainda um estado mais profundo de regressão em que há apenas uma pessoa – o paciente – e isso é verdade mesmo que do ponto de vista do observador tiverem duas pessoas. A experiência do paciente é de uma relação com objeto subjetivamente percebido, por isso, para ele há apenas uma pessoa: ele mesmo. Já comentamos nesta tese, na introdução e no capítulo 2, sobre a mudança da psicanálise de três para duas pessoas. O trecho a seguir corrobora, mais uma vez, nosso argumento.

A doença psicótica está relacionada a uma falha ambiental na fase inicial do desenvolvimento emocional do indivíduo. O senso de futilidade e irrealidade pertencem ao desenvolvimento de um falso si-mesmo, que desenvolve uma proteção em relação ao verdadeiro si-mesmo. [E] O *setting* da análise reproduz as técnicas de maternagem iniciais (ibidem).

É imprescindível fazer uma distinção sugerida pelo autor: dentro dos quadros psicóticos, há uma enorme diferença entre aqueles que conseguiram organizar a doença e aqueles que vivem em um estado caótico. E ainda, entre os psicóticos, alguns regredirão à dependência, outros não consegue regredir. O autor frisa que não seria verdadeiro supor que o paciente que regride

está mais doente do que são. Ao contrário, um paciente que “foge à sanidade” pode ser mais difícil de manejar do que um que tem coragem suficiente para ter um “*breakdown*”.

Prosseguindo a leitura desse texto, percebemos como Winnicott apresenta muitas das mudanças no campo da psicanálise, que consideramos mudanças paradigmáticas. A mudança da psicanálise de três para duas pessoas; a mudança da ênfase no desejo para a necessidade; a possibilidade de a psicanálise tratar com sucesso de casos psicóticos; e, por último, o cuidado do analista espelhado nos cuidados da mãe com seu bebê. Evidencia a ausência do simbolismo nos pacientes regredidos; para eles, o divã é o colo do analista. O atraso não é sinônimo de resistência, e sim de desesperança. A interpretação não será prevaiente, e sim o manejo.

Através do paciente regredido, e por conta dele, nesse texto Winnicott questionou muito do que estava posto na psicanálise tradicional.

O *acting out*, por parte do paciente, deverá ser tolerado nesse tipo de tratamento, pois trará elementos importantes sobre o que era esperado do analista, e, conseqüentemente, elementos importantes a respeito da falha ambiental inicial. Apesar da extrema adaptação do analista, é a falha que é sentida como crucial. A falha, na verdade, reproduz uma falha originária, que, por sua vez, dá ao paciente a possibilidade de sentir raiva do ambiente pela primeira vez. Um progresso a partir de um verdadeiro si-mesmo poderá se iniciar.

A tensão no analista é enorme, especialmente se há pouca compreensão dele de si-mesmo, e uma contratransferência negativa complica a cena. Aqui, novamente, fica evidente a importância da análise por parte do analista para o tratamento de casos psicóticos. Winnicott relata que, no início do tratamento da paciente que regrediu ao nascimento, mencionada nesse texto e no texto “Mind and Its Relation to the Psyche-Soma” (1949), ele precisou ficar absolutamente parado, apenas respirando. Naquele momento inicial do tratamento, o psicanalista ainda não sabia porque era importante que ele permanecesse parado, o que dificultava ainda mais sua tarefa. Ao final da hora, a paciente falou: “Agora sei que você poderá fazer minha análise” (ibidem, p. 290). A paciente em questão testou a fidedignidade ambiental do analista.

A seguir, Winnicott faz considerações sobre a organização da regressão à dependência, ressaltando que é uma experiência sempre dolorosa para o paciente. Apesar disso, há satisfação em alcançar um lugar a partir do qual viver – “o si-mesmo é alcançado” (ibidem).

Interpretando esse texto, tendo o tempo ao nosso favor, percebemos como Winnicott se armou com argumentos e defesas para ir de encontro à sociedade psicanalítica da época. A passagem que mais nos remete a isso é a seguinte: “O quê, se alguma coisa estou pedindo, que analistas façam sobre esses assuntos em seu trabalho prático?”. Ele próprio responde: “Não estou pedindo que ninguém aceite pacientes psicóticos” (ibidem, p. 293). Essa resposta parece dialogar com um ambiente intelectual pouco receptivo às suas descobertas e modificações da técnica psicanalítica.

Concluimos este capítulo com a seguinte citação de Winnicott: “Em outras palavras, seria muito agradável se fôssemos capazes de apenas analisar aqueles cujas mães puderam oferecer condições boas o suficiente. Mas essa era na psicanálise está rapidamente chegando ao fim” (ibidem, p. 291).

Winnicott escreveu isso em 1954 e estamos em 2019. Resta a dúvida se há consenso na comunidade psicanalítica sobre esse assunto.

#### **4.5. Texto D – 1949: “Mind and Its Relation to the Psyche-Soma”**

Esse texto foi lido para a área médica da Sociedade Britânica de Psicologia. Nele, Winnicott se empenha em desconstruir a dicotomia clássica corpo x mente, ao dizer “Eu não acredito que a mente exista como uma entidade” (ibidem, p. 243). Para ele, a mente como entidade separada só existe em situações patológicas (falso si-mesmo).

Winnicott comenta um trabalho analítico de regressão à dependência, feito com uma paciente. Em outra ocasião, ele afirma que essa análise foi a que mais lhe ensinou sobre a clínica da regressão à dependência.

Aproveitamos para ressaltar o aspecto absoluto da regressão à dependência. O paciente tem necessidade de adaptação absoluta, pois a dependência é absoluta: “No começo a necessidade é absoluta” (ibidem, p. 245).

Winnicott prossegue definindo a psicose como uma doença de falhas ambientais.

Na ilustração clínica que o autor nos apresenta, é relatada a análise de uma mulher de 47 anos, que, do ponto de vista externo, tinha uma vida satisfatória. Ela sempre pôde se sustentar e era querida pelas pessoas. Particularmente, sua vida pessoal era uma tentativa de se encontrar, sem jamais ser bem-sucedida. Ideações suicidas estavam presentes, mas havia nela alguma esperança de que ela se encontraria (esperança que, em um caso grave de esquizofrenia, não existe).

Anteriormente à análise com Winnicott, a paciente fez uma análise clássica durante sete anos, mas a essência de seu problema se manteve inalterado. Evidentemente, a necessidade da paciente não havia sido atendida via regressão à dependência. Isso só seria possível a partir e com Winnicott: “Comigo, logo se tornou evidente que essa paciente precisava fazer uma severa regressão ou então desistir da luta” (ibidem, p. 249).

O psicanalista inglês seguiu as tendências regressivas da paciente: “Eventualmente a regressão alcançou o limite da necessidade da paciente e, desde então, houve uma progressão natural a partir do verdadeiro si-mesmo no lugar das atuações do falso si-mesmo” (ibidem).

Na análise anterior dessa paciente, ela teria se jogado no divã diversas vezes. Na ocasião, essas quedas eram interpretadas como expressões histéricas. A análise com Winnicott, via regressão à dependência, permitiu uma melhor compreensão desses fenômenos.

No período de dois anos de análise comigo, a paciente regrediu repetidas vezes a um estágio que era certamente pré-natal. O processo de parto foi revivido e, eventualmente, eu reconheci o quanto a necessidade inconsciente de reviver o parto tinha relação com as quedas histéricas no divã (ibidem).

Interessante notar que a memória do parto foi preservada, não intelectualmente – e sim corporalmente – e vivida diversas vezes. Winnicott conta que a principal função do *acting out* era a de comunicar a si-mesma sobre um pedaço de realidade psíquica que era difícil de acessar, porém, essencial que viesse à tona.

O risco de suicídio é uma realidade: “Esta era uma fase perigosa, pois, se atuada fora da transferência, resultaria em suicídio” (ibidem, p. 250).

O paciente entrega seu falso si-mesmo cuidador ao analista e fica “enlouquecido”, “perde a cabeça”. Muitos pacientes que têm medo de enlouquecer carregam justamente essa necessidade, pois “a vida da paciente foi montada sobre uma função mental”. Isso, evidentemente, lhe dava a sensação de uma vida falsa, irreal.

Quase ao fim da descrição desse caso clínico, Winnicott aponta o básico que foi conquistado em análise, via regressão à dependência absoluta: “Em outras palavras, a paciente alcançou, aos 47 anos, o estado de funcionamento fisiológico que constitui o viver” (ibidem, p. 251).

## CAPÍTULO 5 – ESPAÇO POTENCIAL COMO CONTINENTE DO TRABALHO CLÍNICO

*A psicoterapia se realiza na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia tem a ver com duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho do terapeuta é dirigido no sentido de trazer o paciente de um estado em que ele não consegue brincar para um estado em que ele é capaz de brincar.*  
D. W. Winnicott

Neste capítulo, temos a intenção de familiarizar o leitor com os conceitos winnicottianos de espaço potencial, transicionalidade e o de brincar. Damos importância a esses conceitos, pois entendemos que eles são pressupostos para a compreensão da clínica winnicottiana.

Tomando como base a epígrafe supracitada, inferimos que os pacientes que necessitarão da regressão à dependência como recurso terapêutico, em sua maioria, cairão na segunda categoria – a de pacientes que precisarão da terapia para conquistar a capacidade de brincar. O brincar em Winnicott não é apenas algo importante para crianças. Ele chega a ser um elemento diagnóstico: indivíduos saudáveis de todas as idades brincam.

Faremos, a seguir, um breve resumo dos pressupostos do brincar e da criação do espaço potencial.

Como já vimos antes, os primeiros meses de vida são fundamentais para o estabelecimento da relação de confiança e fidedignidade no ambiente. Nas palavras de Winnicott (1975b, p. 142):

O espaço potencial entre o bebê e a mãe, entre a criança e a família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo, depende da experiência que conduz à confiança. Pode ser visto como sagrado para o indivíduo, porque é aí que experimenta o viver criativo.

Aqui podemos destacar o início da possibilidade de brincar na criança e no adulto, vivido no espaço potencial:

Onde há confiança e fidedignidade, há também um espaço potencial, espaço que pode tornar-se uma área infinita de separação, e o bebê, a criança, o adolescente e o adulto podem preenchê-la criativamente com o brincar, que, com o tempo, se transforma na fruição da herança cultural (WINNICOTT, 1975a, p. 150).

Destaca-se, assim, o caráter variável do espaço potencial: podemos dizer que, em um caso, o espaço potencial existe de fato e, em outro, não, já que ele não é preenchido com a

criatividade do sujeito, e sim com material injetado por outra pessoa, em geral o cuidador, a mãe.

Enquanto um se baseia na experiência de confiança, o outro é fundamentado na necessidade de se defender de um ambiente invasivo. O brincar criativo se baseia nessa experiência de confiança e é a continuidade e a previsibilidade dos cuidados maternos que possibilitam tal vivência. Já foi dito aqui que é desse sentimento de confiança num estado relaxado que o brincar espontâneo pode surgir, e é na sua ausência que não. A inibição do brincar ocorre quando o fracasso da fidedignidade devido às falhas ambientais – falhas de sentir e atender às necessidades do bebê – gera, ao contrário da experiência anterior, uma experiência de ruptura, de não continuidade. Ruptura no sentido como agonia impensável, perda de si.

O estudo dos efeitos da perda em qualquer estágio primitivo envolve-nos no exame dessa área intermediária, ou espaço potencial entre sujeito e objeto. O fracasso da fidedignidade ou perda do objeto significa, para a criança, perda da área da brincadeira e perda de um símbolo significativo. Em circunstâncias favoráveis, o espaço potencial se preenche com os produtos da própria imaginação criativa do bebê. Nas desfavoráveis, há ausência do uso criativo de objetos, ou esse uso é relativamente incerto. Já descrevi (Winnicott, 1960a) o modo como a defesa do eu (*self*) falso e submisso aparece, quando se oculta o verdadeiro eu (*self*) com potencial para uso criativo dos objetos (WINNICOTT, 1975a, p. 141).

A continuidade dos cuidados maternos ao longo do tempo garante a experiência de confiança, já que o bebê permaneceria relaxado, tranquilo e seguro. Desse estado relaxado, pode surgir a ação criativa do bebê, o gesto espontâneo. Na sua capacidade adaptativa, a mãe atribui importância e significado à manifestação criativa do infante, garantindo assim ao bebê a possibilidade de experimentar a confiança no próprio impulso criativo. Dessa experiência, resultaria o senso de existir.

Quando o espaço potencial não existe, não há lugar para o acolhimento do impulso criativo e assim há descontinuidade da experiência de integração. O bebê, por não se sentir visto, nem ouvido por esse ambiente que não acolhe seus gestos espontâneos, aprende que não pode expressar sua criatividade e que a manifestação criativa proveniente do verdadeiro si-mesmo não é bem-vinda. Deixa assim de reconhecer o ambiente como um lugar confiável para o seu desenvolvimento a partir do verdadeiro si-mesmo, entrando em ação um mecanismo de defesa conhecido como estrutura de falso si-mesmo. Nesses casos, há descontinuidade da existência e o senso de existir e do *self* (si-mesmo) serão afetados. Na estrutura de falso si-mesmo, a ação criativa é substituída pela reação, pela adaptação ao ambiente. Nessas situações, o

espaço potencial foi preenchido por material de outra pessoa e não com a própria criatividade do bebê. O ambiente não permitiu a experiência ao bebê de criar o mundo e usufruir da própria criatividade no seu próprio tempo. Ou seja:

[...] há em primeiro lugar a necessidade de proteção do relacionamento bebê-mãe e bebê-genitor, no estágio primitivo do desenvolvimento de todo menino ou menina, de forma a que possa ser criado o espaço potencial em que, devido à confiança, a criança brinque criativamente (WINNICOTT, 1975a, p. 152).

É, portanto, no espaço potencial que se dá o início da possibilidade criativa da criança e do adulto, bem como a continuidade de ser si-mesmo. E é aqui, também, que se desenrola o trabalho de análise, criando um ambiente de confiança, que se configure como espaço-tempo potencial para o ato criativo, gesto espontâneo, que permita a comunicação verbal ou não verbal da necessidade maturacional. Se as condições não foram as necessárias no início da vida, de modo a impossibilitar a vivência desse sentimento de confiança em relação ao ambiente, o desenvolvimento do indivíduo será afetado na sua capacidade de brincar e no sentimento de que a vida vale a pena ser vivida (entendidos como a mesma coisa). Nos casos de falhas ambientais, em que há ausência desse espaço potencial, não há a possibilidade de erigir um brincar espontâneo, fruto da própria criatividade do indivíduo.

Tomemos como exemplo a paciente de Winnicott ilustrada no capítulo 4, no texto A<sub>47</sub>. Ali ela relata a experiência de um bebê que precisou se adaptar logo cedo ao ambiente. A bolha (representação dela) não é importante, importante é o ambiente que exige adaptação. Esse bebê não criou um objeto transicional porque os gestos espontâneos não foram acolhidos pela mãe. Esse bebê não pôde confiar em seu impulso criativo, ao contrário, precisou escondê-lo de futuras ofensas e ameaças (de aniquilação). Aprendeu também, em sua relação inicial com a mãe – incapaz de vê-la naquilo que ela trazia ao mundo –, que ela não deve criar, ao inverso, deve se adequar, se adequar às exigências da mãe-ambiente, que tão cedo impediram o desenvolvimento do espaço potencial. É isso que pretendemos romper no processo de terapia, dar tempo a um processo fundamental que não pôde ocorrer. Ao estabelecer uma

<sup>47</sup> Repetimos a citação lá destacada para situarmos a discussão que aqui se dá: “No início, o indivíduo é como uma bolha. Se a pressão de fora ativamente se adaptar à pressão de dentro, então a bolha, ou seja, o eu (*self*) do bebê, é algo significante. Se, ao contrário, a pressão ambiental é maior ou menor do que a pressão na bolha, daí não é a bolha que é importante, e sim o ambiente. Nesse caso, a bolha se adapta à pressão externa” (WINNICOTT, 1975b, p. 182).

relação de confiança com o analista, o paciente torna-se capaz de retornar à não integração e, finalmente, ter seu gesto espontâneo acolhido, visto, legitimado.

### 5.1. O brincar

*A transferência, para Winnicott, é análoga ao brincar em crianças.*  
Dodi Goldman.

Percebemos que o desenvolvimento dessas ideias nos coloca diante de um assunto bastante privilegiado por Winnicott: o gesto espontâneo, que ocorre no espaço potencial – o brincar. Em especial, o brincar na relação terapêutica.

Winnicott, em seu trabalho, além de tomar o brincar como um dos aspectos centrais de sua teoria, aponta para o brincar no adulto e nas crianças como um indicador de saúde mental. Ou seja, de maneira simplificada: se um indivíduo é capaz de brincar, ele não está tão mal. Nas palavras da epígrafe deste capítulo: “o trabalho do terapeuta é dirigido no sentido de trazer o paciente de um estado em que ele não consegue brincar para um estado em que ele é capaz de brincar” (WINNICOTT, 1975a, p. 39). Essa afirmação é, dentro da teoria winnicottiana, universal, ou seja, vale para crianças e adultos.

Ao introduzir o brincar como elemento importante da patologia humana, que define o que é saudável e o que não é, Winnicott propõe um novo lugar ao brincar. É em *Playing and Reality* (1971) que o autor diferencia sua compreensão do brincar da concepção tradicionalmente apresentada pela psicanálise, especialmente no trabalho de Melanie Klein. Klein é conhecida por ter iniciado a psicanálise com crianças, e utilizava, durante as sessões, o brincar de maneira análoga à linguagem do adulto no *setting* analítico. A partir do brincar, buscava compreender os conflitos da criança. Para Klein, através da brincadeira, a criança poderia extravasar sua agressividade, elaborar situações e fantasias. Segundo Winnicott, a psicanálise em geral, e a autora em questão, se preocuparam principalmente com a função do brincar e não com o brincar em si. O autor enfatiza que seu interesse é estudar o brincar em si e não o brincar a serviço da terapia; seu argumento principal é de que a própria capacidade de brincar já é um excelente indicativo de “saúde mental” do paciente, inclusive dos adultos. Sendo assim, em situações em que o paciente for incapaz de brincar, a primeira tarefa do terapeuta é trabalhar para que se estabeleça ou restabeleça a capacidade de fazê-lo. Winnicott comenta sobre a falta na psicanálise de um estudo acerca do brincar.

Sinto-me incentivado pelo destino feliz concedido ao conceito dos fenômenos transicionais e inclino-me a pensar que minhas tentativas atuais de dizer o que penso sobre o brincar também possam ser prontamente aceitáveis. Existe algo sobre o brincar que ainda não encontrou lugar na literatura psicanalítica (WINNICOTT, 1975a, p. 62).

A original contribuição do autor nesta questão diz respeito também à localização do brincar. Tradicionalmente na psicanálise, as experiências eram pensadas sob a dicotomia interno-externo, dentro-fora. Winnicott propõe pensar numa área intermediária da experiência humana, que não é nem dentro, nem fora. É um espaço *entre* uma área intermediária por ele nomeada de espaço potencial. Dando continuidade a esse raciocínio, o tempo do espaço potencial também deveria ser pensado dentro de uma área intermediária da experiência humana. Seria o modo de temporalização entre o tempo subjetivo, contínuo, primário, vivido no período de dependência absoluta e o tempo objetivo, marcado pela alteridade. A transicionalidade seria a característica do tempo que garante ao indivíduo a capacidade de brincar dentro do espaço potencial. Sabemos, inicialmente, que é nesse espaço-tempo potencial que se dá o brincar, para Winnicott. Um espaço que era inicialmente o espaço entre o bebê e sua mãe se expande para além da infância, na vida adulta, tornando-se o espaço da cultura.

Esse será também o espaço-tempo da clínica da regressão à dependência: o entre. Será o núcleo de intimidade vivido por dois corpos a partir da experiência de confiança, não intrusão, mutualidade, honestidade<sup>48</sup>.

Como mencionamos anteriormente, o destaque conferido a Winnicott dá-se pelo fato de esse autor nos proporcionar uma nova compreensão sobre os fatores envolvidos no brincar e nos revelar que o brincar é não apenas importante, mas fundamental por diversos motivos; entre eles: a experiência de integração do si-mesmo e o sentimento de que a vida vale a pena ser vivida. Sem a capacidade criativa, o indivíduo estaria preso a um sentimento de inutilidade e de que nada vale a pena, já que estaria vivendo de maneira não criativa e o mundo passaria a ser reconhecido apenas como um local ao qual é necessário se adaptar. Segundo Winnicott, é com a expressão da criatividade que integramos nosso si-mesmo; o brincar, apesar de ser uma atividade do dia a dia, corriqueira e natural, não é

<sup>48</sup> Honestidade aqui não tem a conotação de absoluta transparência com o paciente, e sim uma honestidade consigo e a capacidade de ser si-mesmo e verdadeiro.

vivida verdadeiramente por todos. O brincar verdadeiro, saudável, seria então aquele que surgisse do verdadeiro e não do falso si-mesmo patológico. Mas o que faria, então, um indivíduo ter estrutura suficiente para brincar e outro não? Para o autor, é na experiência inicial da vida do indivíduo e no sentimento de confiança estabelecido na relação primordial mãe-bebê, que está a base de toda a possibilidade criativa e cultural no adulto: “Há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais” (WINNICOTT, 1975a, p. 76). O brincar é, portanto, herança da experiência de confiança vivida na relação inicial mãe-bebê.

No livro originalmente publicado em 1971, *Playing and Reality* (Winnicott, 1975a, 2005b), há muitas referências à ideia de “transicionalidade”, entendida como o conjunto de fenômenos que se dá ao longo do tempo no espaço potencial. É esse conjunto de fenômenos que impulsionaria o indivíduo a sair de si em busca do mundo. Essa transicionalidade/temporalidade é mais bem representada pelo brincar. A naturalidade com que esse processo se dá em casos saudáveis nos faz perder a dimensão da fragilidade em curso e das enormes conquistas que ele representa para o bebê ou para o paciente na clínica, que terá de reconstruir, com seu analista, a capacidade de experimentar o mundo a partir de si-mesmo.

A permanência/sobrevivência (duração) do analista ao longo do tempo talvez seja o elemento mais reparador para esses pacientes que nunca puderam experimentar de si e do mundo a partir de sua espontaneidade. A sobrevivência das figuras cuidadoras é capaz de diminuir a persecutoriedade da criança ao se deixarem ser reparadas, à medida que sobrevivem às suas agressões. Este é um ponto importante, pois a integração da agressividade depende de um ambiente que sobreviva aos ataques ao longo do tempo.

Quando Winnicott nos remete ao gesto espontâneo “inaugural” de seu paciente B., conforme discutido no capítulo anterior, ele nos remete à inauguração de um espaço potencial e da capacidade de brincar do paciente.

Veremos, no próximo capítulo, um caso exemplar para a clínica da regressão à dependência, o caso de Margaret Little, uma menina impedida de brincar pela própria mãe, que a deixava horas a fio num quarto escuro, sem brinquedos, e, assim, não teve experiências a partir de si

própria. De maneira resumida, podemos dizer que a mãe invasiva e dominadora impedia Margaret de expressar seu gesto espontâneo. Deixamos aqui assinalado que os casos de incapacidade de brincar nos remetem, geralmente, ao campo das psicoses.

## CAPÍTULO 6 – CASO EXEMPLAR DO TRATAMENTO VIA REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA ABSOLUTA: MARGARET LITTLE

Margaret Little é um caso exemplar da regressão à dependência na obra de Winnicott. Apesar de não ter sido a paciente que mais o ensinou sobre a regressão<sup>49</sup>, a análise de Little foi mais bem registrada. O documento mais contundente é o relato da própria paciente. Em *Psychotic Anxieties and Containment: A Personal Record of an Analysis with Winnicott*, Little (1990) nos oferece inúmeras ilustrações que nos aproximam ainda mais da compreensão do fenômeno clínico objeto desta tese.

Esse livro tem sua importância elevada, como uma documentação de sua vivência clínica, pelo fato de Little também ser uma analista. Isso, sem dúvida, enriquece sua narrativa. Little sabia que era psicótica e encontrou na terapia com Winnicott um lugar para comunicar sua loucura e passar a se sentir real e verdadeira. Little foca também na questão da transferência psicótica, que, ao contrário da transferência neurótica, tem necessidade de regressão profunda na relação terapêutica. Little estabelece uma clara relação entre imaturidade e psicose. A regressão à dependência se refere a questões egoicas e não instintuais. A dependência aqui é total, já que o paciente perde sua maturidade. A transferência psicótica comunica um pedido de ajuda, um grito de SOS (Save our Souls)<sup>50</sup>.

Um das possíveis críticas a esse livro de recordação é que ele foi escrito quase trinta anos após a conclusão do trabalho terapêutico. Assumindo a circularidade do tempo e a não sintonia de experiências pessoais com o tempo cronológico, consideramos desimportante essa crítica. Mais pertinente é a vivacidade do texto e a proximidade dele com a obra de Winnicott, o que nos permite considerá-lo fundamental, mesmo que escrito tardiamente.

Neste capítulo, utilizaremos também o livro de Jean-Pierre Lehmann (2012): *Marion Milner et Margaret Little: Actualité de leur travail avec des psychotiques*.

<sup>49</sup> O caso que, segundo Winnicott, mais o ensinou sobre regressão à dependência foi o de uma mulher de meia idade, descrito no texto D, no capítulo 4: “Mind and Its Relation to Psyche-Soma” e “Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytic Set Up” (WINNICOTT, 1975b).

<sup>50</sup> Devo essa ideia ao Prof. Loparic. Comunicação feita em aula do Curso de Formação Winnicottiana, em 2016.

### 6.1. Ambiente inicial de Little

Little nasceu em 1901, numa família de quatro irmãos. Sofreu durante a infância de doenças crônicas, uma hérnia hiatal e doença celíaca. Não tinha ambição de ser médica, queria ser química ou botânica. Acabou se tornando médica por uma conjunção de fatores, entre eles o fato de que teria de retornar à casa dos pais caso não o fizesse. Little conclui seus estudos no St. Mary's Hospital em 1927.

Sua mãe teve uma infância bastante dura na Austrália: era filha de um pai alcoólatra e de uma mãe instável. Aos cinco anos de idade, na ocasião do nascimento de outra criança na família, assumiu os cuidados com o irmão cego. Este tio foi próximo a Little até o dia em que se casou. Já adulta, Little adoece em função desse distanciamento.

Segundo Little (1990, p. 51), sua mãe era ansiosa, imprevisível e intrusiva:

A única coisa previsível era de que ela era imprevisível; tinha-se de encontrar modos de lidar com isso. As únicas brincadeiras possíveis – com brinquedos, bolas ou palavras etc. – tinham de ser sugeridas por ela; frequentemente isso era bom, mas qualquer brincadeira iniciada por mim era interrompida, ou ela assumia o comando.

A imprevisibilidade e o caos existente em seu ambiente inicial são características comumente encontradas, como vimos antes, no ambiente inicial do esquizoide. Mas o fato de a médica ter se formado e construído uma carreira nos aponta mais na direção de um falso si-mesmo. Talvez se não nos preocupássemos com essa distinção, o único fator relevante seria sua psicose e sua necessidade maturacional de regredir e alcançar a si-mesma.

A experiência que Little relata de sua infância é uma experiência de não poder existir, não poder brincar. Ela permanecia durante horas do dia num quarto escuro, sem livros ou brinquedos. Se sentia um estorvo, um peso e um transtorno.

Infelizmente, nas duas análises que precederam a Winnicott, Little reviveu experiências semelhantes.

Na primeira análise, junguiana, Dr. X teria dito: “Pelo amor de Deus seja você mesma!”. E Little responde: “Eu não sei como, não sei quem eu sou”. A paciente traz a sua questão

psicótica aqui. Uma questão identitária, “a loucura de não ser”, de ausência de integração egoíca e não proveniente de angústias neuróticas.

Na segunda análise, com Ella Sharpe, de 1940 a 1947, Little continua a dizer: “Não sei quem sou”. É nessa análise que ocorre o episódio comentado aqui por Winnicott, em que ele explicita a importância das condições necessárias, oferecidas pelo analista, para o trabalho ocorrer.

Permitam-me dar um exemplo muito grosseiro. Uma paciente minha foi ver um analista, muito rapidamente ganhou confiança nele e, portanto, começou a cobrir-se com uma manta e a ficar deitada no divã, enroscada sobre si mesma, sem nada acontecer. Esta analista lhe disse: “Sente-se! Olhe para mim! Fale! Você não vai ficar deitada assim sem fazer nada, pois nada acontecerá!”. A paciente achou que isto era uma coisa boa da parte da analista. Ele reconheceu diretamente que não poderia atender às necessidades básicas dela. Ela sentou-se e falou e deu-se muito bem com o analista, com base em um interesse mútuo em arte moderna. Olhavam livros juntos e falavam sobre coisas muito profundas. Tratava-se de uma questão de como afastar-se desse analista e ela apegou-se a ele até poder encontrar outro que não lhe dissesse para endireitar as meias. Não tinha ressentimentos a respeito deste tratamento fracassado, porque o analista nunca fingira poder fazer o que era incapaz de fazer. Ele não teria tido possibilidade de atender às necessidades dela, que, uma vez começadas, tornaram-se muito exigentes (WINNICOTT, 2005a, p. 78).

A realização do analista de que ele é incapaz de acompanhar o paciente no processo de regressão é mais satisfatória ao paciente do que a manutenção da expectativa de que ele irá fornecer ao paciente o que ele realmente necessita. Se o paciente pudesse dizer, talvez elaborasse algo como:

Está na hora de você decidir se quer ir até o fim ou desistir. Não me importo que diga que não pode fazê-lo, mas se for adiante, estarei então lhe entregando algo de mim, tornando-me perigosamente dependente e seus erros vão ter uma importância grave (ibidem).

Conforme vimos anteriormente, ambas as análises erraram no diagnóstico de Little. Ambas a trataram como uma paciente neurótica e não psicótica, cuja necessidade essencial era regredir à dependência.

## **6.2. Terapia com Winnicott**

A análise de Little com Winnicott aconteceu no período de 1949 a 1955 e no ano de 1957. Ela tinha 48 anos quando deu início à análise em 1949.

Após uma curta entrevista de quinze minutos, em que Winnicott nem sequer tomou anotações, Little ofereceu alguma desculpa para não dar sequência à análise. Winnicott não a questionou sobre sua impossibilidade ou apontou sua resistência, ao contrário: garantiu que manteria um horário para ela, caso ela mudasse de ideia.

Vale ressaltar que muitos analistas ao encontrarem resistência de um paciente, devolveriam isso ao paciente em forma de interpretação. Claramente, isso está de acordo com uma das pedras angulares da psicanálise: a interpretação do inconsciente. Na passagem supracitada, na interação inicial entre Little e Winnicott, o manejo que o analista faz ao oferecer um horário, apesar da negativa da paciente, nos revela algo bastante importante: o inconsciente de Winnicott não é o inconsciente reprimido, mas o inconsciente do não acontecido<sup>51</sup>. Winnicott percebera a desorganização e necessidade da paciente e ofereceu um horário a ela, apesar de sua recusa. Isto já é manejo.

Na primeira sessão com Winnicott, Little descreve que viveu a repetição de um terror. Ficou encolhida, absolutamente escondida debaixo de um cobertor. O analista ficou quieto até o final da sessão, quando somente disse: “Eu não sei, mas tenho a sensação de que você está me excluindo por algum motivo” (LITTLE, 1990, p. 42).

Muito tempo depois, eu percebi que estava me fechando em mim mesma, tomando o mínimo de espaço e sendo o mais discretamente possível, me escondendo no útero, mas não me sentia segura nem mesmo lá (ibidem, p. 43).

Uma simples comunicação do que o analista sentia contratransferencialmente é característico do manejo na clínica da regressão à dependência.

Outro elemento comum no processo de regressão à dependência, e que aparece logo em uma das primeiras sessões de Little com Winnicott, é a raiva, desespero provocado pela desesperança e risco de suicídio.

Numa das sessões iniciais com D. W. Eu senti absoluto desespero se seria capaz de fazer com que ele compreendesse alguma coisa. Perambulei por sua sala tentando achar um jeito. Contemplei me jogar pela janela, mas senti que ele me deteria. Depois pensei em jogar fora todos os seus livros, mas finalmente eu ataquei e quebrei um pequeno vaso cheio de lírios brancos. Num instante, ele desapareceu da sala, mas retornou antes do término da

<sup>51</sup> Devo essa ideia ao Prof. Loparic, em aula no IBPW (Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana).

sessão. Me encontrou arrumando a bagunça e disse: “poderia imaginar que você faria isso (arrumar? Quebrar?) Mas depois.” No dia seguinte, uma réplica do vaso estava no mesmo lugar, com lírios. Dias depois, ele pode me dizer que eu havia destruído algo que ele valorizava (LITTLE, 1990, p. 43).

A raiva que aparece, por parte do paciente, tem relação com a violenta fúria somática que procura agredir o ambiente pelo que não aconteceu quando deveria. Isso aparece na relação de confiabilidade com o analista.

Essa passagem mostra alguns pontos importantes: ao andar pela sala, Little vive em gesto e não verbalmente um estado de profunda agonia. Essa comunicação (não verbal) de sua fúria somática machuca Winnicott, que se mostra atingido ao sair de cena. Apesar de ter sido machucado, retorna e, ao substituir o vaso por outro, o analista comunica à paciente que estaria lá para dar continuidade à análise – sem dizer sequer uma palavra. Winnicott sobreviveu à agressividade de Little. A comunicação aqui foi pré-verbal ou não verbal pois se refere ao momento anterior à constituição de um EU. Não houve interpretação no sentido tradicional da palavra, houve, sim, interpretação da necessidade maturacional correspondente à idade da paciente.

Algumas semanas depois, Little descreve que, durante uma nova sessão, ela teve espasmos recorrentes de terror. Lembramos aqui o destaque já dado ao fato de a regressão à dependência ser uma experiência psicossomática. Abaixo Little nos exemplifica o que procuramos compreender teoricamente.

Repetidas vezes, eu senti uma tensão começar a crescer em meu corpo todo, alcançar um clímax e parar, apenas para voltar alguns segundos depois. Eu segurei suas mãos e as apertei fortemente até que os espasmos passassem. Ele me disse ao final que ele achava que eu estava revivendo a experiência do nascimento; ele segurou minha cabeça por alguns minutos dizendo que imediatamente após o parto a cabeça de um recém-nascido poderia doer e ficar pesada por algum tempo. Tudo isso parecia caber, pois foi um nascimento em um relacionamento, via meu gesto espontâneo que ele aceitou. Aqueles espasmos nunca retornaram e apenas raramente aquele grau de medo (LITTLE, 1990, p. 43).

Pessoas com necessidade para regredir podem regredir até o parto para ver se nascem num colo bom. Foi assim com Little, que teve seu gesto espontâneo finalmente acolhido no espaço potencial – da relação analista/paciente. Ao oferecer um *setting*, continente, espaço potencial adequado às necessidades de sua paciente, Winnicott permitiu-se ser usado da maneira que ela necessitava.

A análise de Little exigiu de Winnicott uma responsabilidade total por sua vida. Inclusive o analista a internou quando precisou se ausentar e temia pela vida de Little.

Em outra passagem importante da análise, relatada por Little, Winnicott diz: “Eu odeio sua mãe” (apud DETHIVILLE apud LOPARIC, 2013, p. 311). Essa passagem é importante, segundo Laura Dethiville, pois nela Winnicott toma para si o ódio da mãe, para que Little se desvencilhasse desse ódio.

Falar a um paciente que odeia a sua mãe é um grande salto em relação às técnicas psicanalíticas tradicionais.

Fizemos, sucintamente, um resumo do que consideramos essencial na análise de Little em relação à regressão à dependência.

## CAPÍTULO 7 – A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA ABSOLUTA EM WINNICOTT: A CLÍNICA DA NECESSIDADE

*Com o paciente regredido, a palavra desejo é incorreta; em vez dela,  
devemos usar a palavra necessidade. Se um paciente regredido precisa de silêncio,  
sem silêncio, nada poderá ser feito.*  
D. W. Winnicott

Como já dito, a clínica winnicottiana, seguindo uma tradição ferencziana, tem como pedra angular a terapêutica. Apresentaremos em detalhe, neste capítulo, como ocorre a clínica da regressão à dependência – tratamento das defesas e núcleos psicóticos –, explicitando a terapêutica winnicottiana baseada na ética do cuidado com atenção primordial à necessidade do paciente (LOPARIC, 2013).

Veremos que o modelo de cuidado que o analista tem é o relacionamento da “mãe suficientemente boa” com seu bebê. Nas palavras de Loparic (2013, p. 38):

O termo “cuidar” é usado por Winnicott também para caracterizar um ingrediente essencial do atendimento psicanalítico. O procedimento apropriado para tratar de defesas psicóticas e, conforme o caso, de seu colapso, é o manejo praticado no *setting* no sentido tradicional, seja no *setting* ampliado – quando a família ou alguma outra instituição social assume os cuidados que se fazem necessários –, procedimento que permite ao paciente deixar de lado suas organizações de defesa, regredir à dependência e entregar a outra pessoa os cuidados de si, podendo incluir, por algum tempo, o mimo (*spoiling*) do paciente.

Essa citação revela o cuidado como elemento central do atendimento psicanalítico. Foi em 1970, durante uma apresentação para médicos, que Winnicott criou a expressão *care-cure* (cuidado-cura), conta Dethiville (apud LOPARIC, 2013, p. 306).

### 7.1. *Care-cure*

Winnicott explica que, inicialmente, *cure* significava *care* e que, por volta de 1700, o termo começou a sofrer modificações, passando a significar o tratamento médico – *the remedy*: “É dessa passagem de *care* a *remedy* que trato aqui” (DETHIVILLE apud LOPARIC, 2013, p. 306). Winnicott procurava criticar a crescente especialização da medicina e sua tecnicidade: “tratar o doente como um mecanismo que é preciso reparar e cujas peças defeituosas devem ser trocadas se inscreve, como podemos perceber claramente, no sentido oposto de sua ideia de *care*” (ibidem).

Sem nos aprofundarmos na questão da psiquiatria e psicologia atual e o crescente apelo a técnicas que excluem a dimensão do cuidado – medicalização e terapias cognitivo-comportamentais –, gostaríamos apenas de ressaltar o ponto de divergência dessas correntes contemporâneas da clínica winnicottiana e sua terapêutica baseada no cuidado. “É pedir muito que o médico pratique a *care-cure*?”, pergunta Winnicott (apud DETHIVILLE apud LOPARIC, 2013, p. 308).

Ao questionar isso, Winnicott também questiona a posição do analista, que consistiria, essencialmente, na “interpretação do inconsciente recalcado e no trabalho sobre as resistências no contexto da neurose de transferência” (ibidem). Mas, para Winnicott, “trata-se, antes de tudo, de fornecer o continente adequado no qual esse trabalho poderá ser possível” (ibidem).

Com a finalidade de explicitar a natureza do “continente” supracitado, escrevemos o capítulo 5: “Espaço potencial como continente do trabalho clínico”.

## 7.2. Psicanálise de dois corpos

*A etiologia da esquizofrenia nos leva de volta, não ao complexo de Édipo (que nunca foi realmente ou plenamente alcançado), mas ao relacionamento de dois-corpos, o relacionamento do bebê com sua mãe antes do pai ou qualquer outro corpo entra em cena.*  
D. W. Winnicott (grifo da autora)

Como vimos anteriormente, a psicanálise winnicottiana pode ser compreendida, de maneira geral, como a psicanálise de dois corpos – do bebê no colo da mãe. Na etiologia da psicose, bem como na sua possível cura, via regressão à dependência, também nos delimitamos nesse núcleo de intimidade composto por dois corpos que se comunicam verbal e não verbalmente. Nesse corpo a corpo mãe e bebê, paciente e analista. “A coisa principal é a comunicação entre bebê e a mãe em termos de anatomia e da fisiologia de corpos vivos” (WINNICOTT, 1989, p. 200).

Tradicionalmente, na psicanálise, ao evidenciar os aspectos mentais, negligenciamos os corpos somáticos e suas representações. No livro *Corpo e psicossomática em Winnicott*, Vera Laurentiis adverte que, mesmo que a psicanálise tenha partido originalmente dos fenômenos do campo da psicossomática, sua evolução representou “um horizonte teórico/clínico em que o corpo foi praticamente banido” (LAURENTIIS, 2016, p. 21).

Tal apreensão se mostra ainda mais relevante nos casos que necessitarão alcançar momentos anteriores às falhas ambientais através da regressão à dependência. Num paciente de tipo falso si-mesmo patológico, a mente tenta antecipar as falhas ambientais a todo momento e não está ancorado na soma, no corpo – morada do verdadeiro si-mesmo. O corpo, desse modo, passa a ser um veículo fundamental de acesso às memórias das falhas iniciais. Os núcleos corporais poderão ser visitados um a um, as reações serão catalogadas. Segundo Winnicott, essas memórias têm, inclusive, ordem. Vale adicionar que as agonias impensáveis são descrições de sensações somáticas.

Se o analista pretende favorecer a regressão à dependência de determinados pacientes, essa negligência ao corpo não será mais possível. Na clínica winnicottiana, com um analista com disposições pessoais, que permitam e favoreçam processos de cura via regressões à dependência, o corpo se faz presente. É do nosso corpo, como analista, que, muitas vezes, ocorrem fenômenos contratransferenciais que nos orientam em nossa tarefa analítica. O paciente regredido, imaturo, não tem integração suficiente para viver certas experiências. É como se nós emprestássemos nosso corpo integrado, maduro, para que ele possa ser, por instantes, não integrado, louco.

Tal como o bebê, que necessita da mãe para auxiliar na tarefa de “decodificação” de impulsos instintivos corporais, que chegam a ser sentidos como externos ao infante, o paciente regredido também precisa da presença psicossomática do analista vivo para auxiliar na árdua tarefa de retornar ao momento anterior à instalação das defesas. Ao momento de não integração, anterior à agonia impensável ao qual foi submetido. A esse respeito, a citação de Loparic (2014) nos é de grande valia.

No quadro da sua teoria dos distúrbios do amadurecimento, Winnicott dará um grande destaque a um tipo especial de regressão à dependência, a regressão à dependência do analista cuidador, que reedita a dependência da mãe e consiste num processo pelo qual o paciente se desfaz gradualmente “do si-mesmo falso ou cuidador, e se aproxima de um novo relacionamento, no qual o si-mesmo cuidador é passado para o analista” (1989a, p. 44; tr. p. 37). O falso si-mesmo é precisamente o si-mesmo cuidador, que compensa a falha ambiental mediante uma distorção na formação do EU SOU. Exemplos desse tipo de regressão à dependência são regressões dos pacientes psicóticos, incluindo as regressões ao processo de nascimento. Elas envolvem experiências somáticas muito primitivas e buscam experiências

integradoras, que não passam nem pela fantasia nem pelo simbolismo (1958a, p. 189; tr. p. 272)<sup>52</sup>.

O aspecto somático da regressão à dependência era o que pretendíamos destacar inicialmente – além do fato de não passar pela fantasia, nem pelo simbolismo.

A mãe por identificação (materna primária) é capaz de, a partir da experiência de mutualidade, emprestar seu corpo para a elaboração imaginativa das funções corporais do bebê. Quando uma mãe é capaz de nomear as possíveis razões para o choro de um recém-nascido, por exemplo: “Ah! Acho que você está com fome!”, ela dá início, sem saber, ao processo de integração dos esparsos impulsos instintuais que atravessam o bebê. Quando há falhas nesse processo, expresso pela ausência da experiência de mutualidade, comunicação entre mãe e bebê, não acolhimento do gesto espontâneo, entramos na arena das agonias impensáveis.

Regredir à dependência implica retornar à não integração, para finalmente viver a falha como uma experiência separada do ego imaturo do bebê. Aqui adiantamos um assunto que será aprofundado a seguir: a importância da falha do analista se dá pela oportunidade de sentir raiva do ambiente, em vez de “loucura de não” ser experimentada na forma de defesas contra as agonias impensáveis.

### 7.3. O paciente

*A integração significa responsabilidade, ao mesmo tempo que consciência, um conjunto de memórias, e a junção de passado, presente e futuro dentro de um relacionamento.*

D. W. Winnicott

Essa fala de Winnicott – exposta na epígrafe – nos permite pensar que tempo e integração são intimamente ligados. O ser humano se integra e amadurece ao longo do tempo. Nos faz lembrar também de um paciente que dizia não ter memória sobre seu passado, sentia que sua vida inteira havia passado “em branco” e que não existira até aquele instante. Se tratava de um paciente com falso si-mesmo patológico, ou seja, uma “psicose winnicottiana”.

<sup>52</sup> Aqui Loparic faz menção ao texto “Ideas and Definitions”, do livro *Psycho-Analytic Explorations* e, em seguida, ao texto “Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety”, do livro *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*.

Recordamos, agora, de outro trecho de Winnicott (1990, p. 136): “Na formulação de uma teoria psicológica é muito fácil considerar a integração como garantida, mas no estudo dos estados iniciais do desenvolvimento humano é necessário pensá-lo como algo a ser alcançado”. Podemos pensar que o bebê não é integrado; ele deve vir a ser integrado. O bebê nasce com uma tarefa fundamental: vir a ser. Ele nasce com a tendência inata para integração, um princípio ontológico, sempre presente até a morte. Neste momento, lembramos de outra frase de Winnicott, “não há algo como um bebê”, que nos recorda da fragilidade absoluta do infante. O bebê é totalmente dependente da mãe, o bebê sempre estará no colo ou sob os cuidados de alguém. Essa frase nos revela outro aspecto da importante relação mãe-bebê no estágio de adaptação primitiva, a continuidade existente entre ambos. O bebê só existe no colo da mãe-ambiente; é o ambiente cuidador que dará ao bebê a possibilidade de vir a ter experiências, para, a partir delas, integrar-se no tempo e espaço. Tal qual um bebê, o paciente psicótico precisará desse ambiente-potencial do *setting* e da relação analítica para poder vir a ser.

É importante sublinharmos que, durante o estágio de dependência absoluta, o bebê está envolvido com três tarefas interdependentes:

- 1) a partir de um estado de não integração, a realização das experiências de integração no espaço-tempo, ou seja, a temporalização e espacialização do bebê (integração); 2) o alojamento gradual da psique no corpo (personalização); 3) o início das relações objetais, que culminará, mais tarde, na criação e no reconhecimento da existência independente de objetos e de um mundo externo (realização) (DIAS, 2003, p. 166).

O paciente que precise regredir à dependência necessitará retornar ao estado de não integração, pois ainda não conquistou plenamente o estatuto do EU SOU. Para que isso ocorra de maneira satisfatória, o ambiente deve prevalecer, tal qual para um bebê nos primeiros meses de vida.

É oportuno destacar aqui a importante mudança no campo do diagnóstico de pacientes que Winnicott introduz a partir do seu conceito de falso si-mesmo. Ao incluir o falso si-mesmo cindido (*borderline*) no campo das psicoses, Winnicott escreve que, apesar da palavra psicose ser amplamente usada tanto pela psicanálise quanto pela psiquiatria, não valeria a pena introduzir outro nome. Agora, como comentadores de um autor que, em vida, talvez não tivesse a dimensão das consequências transformadoras de seu trabalho, sugerimos – como já dito antes – a nomenclatura “psicose winnicottiana” como uma definição mais precisa.

### 7.3.1. Loucura original

*O que dá suporte à afirmação da necessidade do paciente de regredir à dependência é o fato de ele achar-se compelido a chegar à “loucura original”, que nele habita sem ter sido experimentada.*

Elsa Oliveira Dias

O que seria essa loucura original a que Dias se refere? Lembramos aqui do que Winnicott denominou “agonias impensáveis”<sup>53</sup> – experiências que excedem a capacidade emocional do bebê naquele devido momento. Experiências que, por não poderem ser vividas pelo ego frágil, perseguem ao longo da vida na forma de um medo de colapso iminente. Winnicott nos recorda que tal colapso já ocorreu, e que muitas vezes é necessário lembrar isso ao paciente. É uma experiência paradoxal, que ocorreu, mas não foi vivida de fato pelo indivíduo devido à sua imaturidade egoica. Aqui percebemos o inconsciente como o não acontecido e a angústia de aniquilação – em contrapartida com o inconsciente reprimido e a angústia de castração. Ou seja, o trauma primitivo deverá ser integrado com auxílio do analista em sua função de sustentar a situação ao longo do tempo (*holding*). A integração da falha e consequente reconhecimento de que a falha foi do ambiente (analista), e não do indivíduo, faz parte do processo de cura da regressão à dependência. Atentamos de que haverá um período de enlouquecimento temporário (*the patient goes mad*), com prevalência do caos; o manejo para fora do consultório muitas vezes se faz necessário.

Notamos na clínica que há dois tipos de pacientes: o primeiro conta com um suporte ambiental estendido da família, cônjuge etc., que dá apoio à experiência de regressão; o segundo tipo, não. O analista deverá levar isso em consideração, além de suas predisposições pessoais que o habilitam ou não a favorecer clinicamente a regressão. O paciente que conta com suporte ambiental fora do consultório tem melhor condição de lidar com a sofrida experiência de regredir à dependência.

Voltando ao nosso bebê/paciente: um bebê que precisa reagir ao ambiente invasivo, em vez de ser no tempo, fica diante do imprevisível: “não sabendo o que esperar, ele não acumula experiências que constituam um passado e não pode projetar um futuro. Ele fracassa na mais importante das três tarefas básicas da primeira mamada teórica: não se temporaliza” (DIAS,

<sup>53</sup> Ao longo de sua obra, Winnicott mudou da expressão “angústia” para “angústia impensável” e, finalmente, para “agonia primitiva”. No entanto, preferimos “agonias impensáveis”, por considerarmos que caracteriza melhor a natureza de tal sentimento ou emoção experienciados.

2006, p. 6). Justamente, é esse fracasso na temporalização que gostaríamos de destacar. É nessa dependência máxima que a continuidade de ser do bebê pode ocorrer; em casos de falhas nesse processo, haverá reação contra a intrusão por parte do bebê. “A morte, para um bebê nos estágios iniciais, significa algo bem definido, ou seja, a perda do ser em razão de uma reação prolongada contra a intrusão ambiental (o fracasso total da adaptação suficientemente boa)” (WINNICOTT, 1990, p. 156). A morte (psicose) como perda da continuidade de ser poderia estar relacionada à impossibilidade de esse bebê temporalizar-se nesse momento inicial da vida, ou seja, ser no tempo subjetivo. Acreditamos que a morte do ser, nesse estágio de dependência absoluta, equivale à perda ou ao não estabelecimento do EU SOU, já que reagir ao imprevisível é ter de começar tudo de novo.

A loucura original e a falha no processo de temporalização estão intimamente ligadas. Remetemos o leitor à frase citada no início da introdução e que sintetiza a implicação desses dois elementos (WINNICOTT, 1975b, p. 136).<sup>54</sup>

Começar tudo de novo é estar privado da raiz pessoal e da espontaneidade; é não poder juntar experiências, não formar passado, não poder projetar o futuro, não adquirir a crença num mundo encontrável e perdurável; é dispersar-se num presente eterno, em que a luta para nunca mais sofrer a agonia impensável priva o indivíduo da liberdade de deixar acontecer, de receber acontecimentos (DIAS, 2006, p. 6).

Em suma, a incapacidade de receber acontecimentos paralisa o indivíduo no tempo, já que o indivíduo perde sua espontaneidade<sup>55</sup>. As questões sobre a temporalidade no início da vida aparecem também no encontro entre o ritmo do bebê com sua mãe, que pode apresentar dificuldades: “Não há dúvida que muitas dificuldades da adaptação materna estão relacionadas precisamente ao tempo” (DIAS, 2003, p. 201).

Se as dificuldades maternas de adaptação ao bebê estão intimamente ligadas à questão do tempo, podemos inferir que a tarefa do analista também – é bastante ancorada nas questões temporais. Podemos destacar a pontualidade, a capacidade de esperar, a capacidade de reconhecer a circularidade do tempo, expresso nas múltiplas idades e maturidades de seu paciente etc.<sup>56</sup>.

<sup>54</sup> “A loucura, aqui, significa simplesmente uma ruptura do que possa configurar na ocasião, uma continuidade pessoal da existência” (WINNICOTT, 1975b, p. 136).

<sup>55</sup> Conforme discutido no capítulo 5: “Espaço potencial como continente do trabalho clínico”.

<sup>56</sup> Aprofundaremos esse tópico a seguir, ao darmos atenção à figura do analista.

Em seguida, tentaremos nos aproximar do campo das experiências vividas pelo bebê no núcleo de intimidade de sua relação com a mãe. Claramente, utilizaremos do exemplo do bebê para procurar compreender o paciente regredido na clínica e o que ele vive.

As experiências de um bebê no início da vida podem ser pensadas a partir dos estados relaxados e dos estados excitados. Nos estados excitados, poderíamos pensar num tempo entre o impulso e o encontro com o seio: esse tempo do impulso instintivo (fome) até o encontro com objeto (seio) deve ser rápido para que o impulso não se perca. Quando o seio é encontrado (como objeto subjetivo), temos o tempo da presença, ou seja, o tempo da permanência do objeto. Depois de saciar a fome, o bebê pode descansar; durante seu sono, temos um tempo em que ele é cuidado pelo ambiente. A mãe cuida para que façam silêncio e não acordem o bebê, sua comida é preparada e assim por diante. O ambiente cuida para que o bebê tenha as experiências necessárias para a constituição de um senso de continuidade de si-mesmo. Esses cuidados ambientais são oferecidos ao bebê durante os estados excitados e os estados relaxados. A totalidade dos cuidados ambientais que cuida do bebê durante os estados relaxados e excitados no ritmo do próprio bebê será a base para o estabelecimento de uma temporalidade subjetiva, ou seja, o tempo que o bebê tem para viver essas experiências com os objetos subjetivos de “ponta a ponta”.

Se essas experiências se repetem de modo previsível, a continuidade de ser é preservada e começa a formar-se um estoque de experiências cada vez mais consistentes; isto permite expectativas mais configuradas sobre o futuro imediato. Gradualmente, o bebê torna-se capaz de prever e a confirmação regular das expectativas forma uma base para a confiança. O bebê vai sendo “datado”, conquista que, no início, ocorre necessariamente em termos da temporalidade do mundo subjetivo (DIAS, 2006, p. 5).

Pensando em nossos pacientes, os acompanhamos entre a relação com objeto objetivamente percebido e objeto subjetivamente percebido. Aceitamos permanecer na posição que ele necessita a cada momento. Permitimos que a experiência seja vivida de “ponta a ponta”.

Com o apoio do analista, o paciente viverá a loucura originária para a qual precisava retornar e do qual se defendeu por não ter maturidade egoica na ocasião do colapso para viver. É como se ele não estivesse lá.

Na psicanálise do caso bem escolhido para a análise clássica, a aflição clínica vem na forma de ansiedade, associada com lembranças, sonhos e fantasias. Como analistas, porém, nos envolvemos no tratamento de

pacientes cujo *colapsos clínicos reais da primeira infância* têm de ser lembrados através de sua revivência na transferência. Em todos os casos, o alívio vem apenas através da revivência da agonia impensável original ou do colapso mental original. O colapso está associado a um fator ambiental que, na época, não podia ser reunido na área da onipotência da criança, como eu disse. A criança não conhece nenhum fator externo, bom ou ruim, e sofre uma ameaça de aniquilação (WINNICOTT, 1989, p. 60; grifos no original).

Para que a agonia impensável volte ao passado, ela precisa, antes, ser vivida no presente (DIAS, 2011, p. 44). Novamente, aqui nos deparamos com o inevitável caráter temporal da clínica da regressão à dependência.

Vale lembrar, caso não tenha ficado claro, que o paciente que regride tem esperança de encontrar um ambiente bom, portanto, de certo modo, não é tão doente assim. Um caso de esquizofrenia grave dificilmente poderá ter organização egoica suficiente para regredir à dependência.

### **7.3.2. Risco de suicídio**

O risco de suicídio é um risco real no tratamento das psicoses por meio da regressão à dependência. Não é de se espantar que, diante das agonias impensáveis e da precariedade de viver grande dependência na relação terapêutica (comparado aos cuidados maternos iniciais), a possibilidade do suicídio seja latente.

Aqui, o analista, deverá cuidar do ambiente, muitas vezes comunicando os familiares dos riscos envolvidos e dos cuidados necessários. Nesse manejo, o analista pretende ampliar os cuidados terapêuticos para além do consultório. Isso se faz necessário diante da demanda e risco à vida do paciente.

## **7.4. O analista**

*Voltando à psicanálise, eu disse que o analista está preparado para esperar até que o paciente seja capaz de apresentar os fatores ambientais em termos que permitam sua interpretação como projeções. No caso bem escolhido, esse resultado vem da capacidade de confiança do paciente, que é redescoberta na confiabilidade do analista e do ambiente profissional. Às vezes, o analista precisa esperar muito tempo; e, no caso que é mal escolhido para a psicanálise clássica, é provável que a confiabilidade do analista seja o fator mais importante (ou mais importante do que as interpretações), porque o paciente não experimentou tal confiabilidade no cuidado materno da infância, e se o paciente deve fazer uso de tal confiabilidade, ele precisará encontrá-lo pela primeira vez no comportamento do analista. Essa parece ser a base da pesquisa sobre o problema do que um psicanalista pode fazer no tratamento da esquizofrenia e de outras psicoses. Em casos limítrofes, o analista nem sempre espera em vão; com o passar do tempo, o paciente torna-se capaz de fazer uso das interpretações psicanalíticas do trauma original como projeções. Pode até acontecer que ele seja*

*capaz de aceitar o que é bom no ambiente como uma projeção dos elementos simples e estáveis de continuidade que derivam de seu próprio potencial herdado.*

D. W. Winnicott

Uma das grandes contribuições de Winnicott foi pensar na relação paciente-analista a partir da díade mãe-bebê. Esse fato é de extrema importância, pois revela um dos pontos focais de sua teoria. A relação mãe-bebê representa não só um modelo de cuidados ao paciente regredido, como nos indica que a confiabilidade não foi vivida quando deveria.

A confiabilidade do analista passa a ser, na clínica das psicoses, o elemento central que o analista deverá proporcionar.

Como já vimos anteriormente, Winnicott inova ao introduzir a ideia de que o EU integrado no si-mesmo é uma conquista do amadurecimento e não pode ser dado como garantido por nós analistas. Trabalhando a partir da perspectiva winnicottiana, o diagnóstico clínico feito no consultório muda, pois, os psicóticos passam a ser aqueles que revelam distorções na formação do EU SOU.

A relação estabelecida com o analista traz uma nova chance de integração num si-mesmo. Poderíamos entender isso como uma primeira oportunidade de viver em primeira pessoa. Para que esse estado seja possível, o analista deverá favorecer e sustentar a regressão à dependência, para que o paciente possa se entregar na relação de dependência com o analista.

Às vezes, isso ocorre quando o paciente entrega o falso si-mesmo cuidador para o analista, o que o faz regredir, e assim voltar ao momento anterior ao trauma, sentir raiva pela primeira vez pela falha ambiental (a partir da falha do analista) – separando o ambiente de si-mesmo – e integrar-se, retomando o processo de amadurecimento a partir do ponto que havia congelado e passando a viver a partir de um si-mesmo integrado, capaz de fazer experiências.

Proporcionar esse cuidado ao paciente, na forma de atenção e adaptação às suas necessidades maturacionais, é extremamente penoso ao analista. Podemos imaginar que a tentativa de replicar um cuidado previsto naturalmente através da preocupação materna primária não seja exatamente algo prazeroso para ambas as partes. Na preocupação materna primária, Winnicott enfatiza que a mãe adoece temporariamente, por causa de sua identificação com o bebê. Tomando os parâmetros de comparação entre analista e mãe, será que há adoecimento

também do analista durante o período de regressão à dependência? Equivalente à preocupação materna primária?

Talvez sim, Winnicott supostamente favorecia a regressão à dependência a apenas um paciente por vez – os outros deveriam esperar. Não é possível, segundo ele, favorecer mais de um processo de regressão à dependência ao mesmo tempo. Aqui, fica exposto, o limite real do analista que desmistifica a ideia do sábio, onipotente. Como o psicanalista inglês conseguia fazer com que seus pacientes esperassem, não se sabe.

A citação a seguir nos revela sucintamente o processo terapêutico da regressão à dependência tal qual vivido na clínica, explicitando muito do que já foi dito até o momento.

Na prática, há uma sequência de eventos:

1. O fornecimento de um *setting* que dá confiança.
2. Regressão do paciente à dependência, com a devida percepção do risco envolvido.
3. O paciente sentindo um novo senso de si-mesmo, e o EU até então escondido, tornando-se entregue ao ego total. Uma nova progressão dos processos individuais a partir de onde haviam pararam.
4. Um descongelamento de uma situação de falha ambiental.
5. De uma nova posição de força do ego, a raiva relacionada ao fracasso ambiental inicial, sentida no presente é expressa.
6. Retornar da regressão à dependência, no progresso ordenado em direção à independência.
7. Necessidades e desejos instituais tornam-se realizáveis com vitalidade genuína e vigor. Tudo isso repetido de novo e de novo (WINNICOTT, 1975b, p. 287).

A fim de discutir com maior profundidade esse processo, detalharemos o tópico a seguir.

#### **7.4.1. Fornecimento de um *setting* que dê confiança**

Há uma experiência indispensável para todos nós: ser cuidado por uma pessoa de maneira especial e única. Esses cuidados garantem ao bebê aspectos fundamentais para sua continuidade de ser: a previsibilidade e a confiabilidade: “Qualquer intrusão ou falha de adaptação causa uma reação no lactente e essa reação quebra a continuidade de ser. Ou seja, a intrusão é traumática porque obriga o bebê a reagir ao invés de continuar sendo, simplesmente” (DIAS, 2006, s.p.).

O fornecimento de um *setting* que gere confiança no paciente é um ponto básico para evolução do processo de regressão à dependência. Mas quais elementos seriam

imprescindíveis para que o analista seja capaz de gerar confiança em seus pacientes? Destacamos: (1) Previsibilidade (do analista, pontualidade, profissionalismo, do *setting*, da sala, dos objetos etc.); (2) Confiabilidade (o analista conquista e sustenta a confiança nele depositada); (3) Analista é analisado (está em contato com suas questões que podem emergir no processo terapêutico); (4) Trabalho clínico baseado no *ser* e não no *fazer*, a partir do elemento feminino do analista; (5) Mimos temporários.

Poderíamos dizer que a mãe/analista capaz de ser presença para o filho/paciente é “a mãe que é”, ou seja, é uma mulher/homem cujo elemento feminino puro permite o advento da identificação primária entre mãe/analista e bebê/paciente. É uma mãe/analista cujo cuidado está ancorado no ser e não no fazer, uma mãe capaz de aguardar o tempo necessário para que o bebê encontre o seio, em vez de ser uma mãe “pré-ocupada” em ser provedora. É óbvio que a mãe não é o bebê, mas, por ter sido bebê um dia, ela é capaz de se identificar com ele tão profundamente que atende suficientemente às suas manifestações como se fosse, para garantir a continuidade de ser ao bebê. Ela disponibiliza o seu próprio ser para que o bebê constitua seu si-mesmo, no seu ritmo. A adequação da mãe suficientemente boa está, também, em atender à temporalidade do bebê. Nesse sentido, são um, é a díade mãe-bebê, como uma presença-encontro. Um encontro particular, marcado por uma devoção. Devoção que só é possível ser experimentada pelo bebê, caso seja ancorada na presença verdadeira da mãe. Podemos dizer que há aqui uma *presença viva*, nos planos afetivo e corporal, expressa por uma pessoa total (soma e psique). Ou seja: uma presença psicossomática (DIAS, 2003, p. 104). Nos referimos aqui ao que já foi evidenciado na seção 7.2., “Psicanálise de dois corpos”, sobre a clínica da regressão ser uma clínica de dois corpos.

“Como o bebê habita, inicialmente, num mundo subjetivo, iniciá-lo no sentido do tempo e do espaço significa cuidar de que o tempo e o espaço que regem esse mundo sejam também subjetivos” (DIAS, 2003, p. 197). Tal iniciação depende de um cuidador que garanta a experiência de onipotência ao bebê, em que ele é atendido no seu próprio tempo. No início da vida, é a mãe suficientemente boa que oferece um tempo tranquilo e contínuo, através de seus cuidados adequados às necessidades específicas daquele bebê em questão. Desses cuidados oferecidos pela mãe e de sua possibilidade de ser ao longo do tempo para o bebê, surge sua capacidade de experimentar o tempo subjetivo como contínuo.

O primeiro sentido de tempo, no mundo subjetivo, é o da continuidade da presença, que se instaura pela experiência repetida da presença da mãe, de

sua permanência, da continuidade dos cuidados que lhe apresentam continuamente o mundo. O bebê não sabe da existência permanente da mãe, mas sente os efeitos da presença e vagarosamente, criando uma memória desta presença, conta com isso. Para preservar a continuidade de ser e manter vivo o mundo subjetivo, o bebê precisa ser permanentemente assegurado pela presença que subsiste (DIAS, 2003, p. 197).

É a presença psicossomática da mãe que funciona, para o bebê, como um fio que costura os instantes não integrados vividos por ele. A presença da mãe acena à unidade nesse ser (o bebê) que só conhece a sucessão de instantes, vividos na alternância dos estados excitados e relaxados. A presença viva da mãe acompanha o bebê de um estado ao outro, criando uma continuidade, não só entre os estados, mas entre o próprio bebê e a mãe – garantindo a experiência de onipotência. Após o pico de excitação corporal gerado pela fome, o seio aparece (como se o bebê o criasse), proporcionando a experiência de saciedade e relaxamento até o próximo pico de excitação. A presença da mãe funciona como um corrimão imaginário, que assegura ao bebê que, após um estado, haverá outro e assim por diante. A repetição desse ciclo – oscilando entre os estados excitado e relaxado –, sustentado pela mãe (ou analista) através do *holding*, muitas e muitas vezes é o início do sentido das palavras identidade, integração, e constitui a base do ser. Ninguém se constitui fora da presença de outrem e nem tampouco o tempo. Diríamos que a presença da mãe oferece durações de tempo ao bebê através da duração das experiências. Percebemos que o tempo como continuidade pode ser experimentado pela continuidade da presença dos cuidados maternos, estando, desse modo, tempo e experiência intimamente ligados, já que, apenas nas experiências vividas, pode a temporalidade ser estabelecida. São essas as experiências sutis que, segundo Winnicott, só o contato humano é capaz de propiciar (DIAS, 2003, p. 167). Diríamos também que a presença da mãe deve estar no presente, atenta ao aqui e agora de seu bebê:

Quando a mãe se detém, sem pressa e atenciosamente, nos detalhes que o bebê apresenta, ela está possibilitando a este criar e habitar um nicho, que é feito de tempo e concentração, no interior do qual alguma coisa, que pertence ao aqui e agora, pode ser experimentada (DIAS, 2003, p. 205).

O analista deverá se ocupar do aqui e agora de cada sessão. Isso permitirá que cada sensação corporal, cada sutileza seja comunicada. Um analista preocupado com a interpretação ou com o desfecho da análise apressa o processo e impede a regressão.

Mães excessivamente preocupadas (com o futuro) ou apressadas não podem oferecer sua presença viva ao seu bebê e este fica empobrecido. Esse quadro pode ser facilmente observado em pacientes graves do tipo psicótico. Neles percebemos que há ausência da

possibilidade de “contar com o tempo”, possivelmente por não terem experimentado a presença segura da mãe que costurasse a experiência de excitação à de relaxamento e assim os retirasse da agonia dos instantes sucessivos, eternos de aniquilação do ser, e, por isso, impensáveis. Nas palavras de Elsa Dias (2003, p. 208): “Por não terem sido temporalizados no sentido subjetivo, os psicóticos padecem exatamente da imediaticidade e, simultaneamente, de infinitude”.

Como vimos anteriormente, a dimensão temporal não é dada ao indivíduo, ela é criada a partir de determinadas experiências vividas pelo bebê na presença viva de sua mãe. Presença que possibilita ao infante ter experiências em seu próprio ritmo. Sobre isto, vale a pena ilustrar com uma citação mais extensa de Elsa Dias:

Juntamente com a constituição do sentido de presença, começa a ocorrer um tipo especial de marcação no tempo que, na saúde, é necessariamente anterior à percepção das cronologias. Essa marcação do tempo é feita pelas vias naturais, especificamente humanas, de intimidade com o corpo da mãe – o ritmo corpóreo desta, as batidas do seu coração; também é regida pelos ritmos do próprio bebê aos quais o ambiente se adapta: a fome, a amamentação, a excreção, o sono, o despertar, os sons, a luz e os cheiros. A datação do tempo é operada, portanto, pelos cuidados maternos que, inicialmente, se ajustam ao ritmo do funcionamento e das sensações corpóreas. Fazendo assim, *a mãe propicia que o bebê seja iniciado na periodicidade do tempo*, tendo como matriz o seu ritmo, o ritmo corpóreo (DIAS, 2003, p. 199; grifos da autora).

Poderíamos eleger esta como uma das qualidades fundamentais da mãe suficientemente boa e do analista: eles são capazes de oferecer e sustentar cuidados respeitando o ritmo de seu bebê/paciente. Quando o bebê tem seu ritmo respeitado, ele é capaz de ter experiências, e essas experiências possibilitam que ele seja iniciado na periodicidade do tempo, a partir de seu próprio corpo.

O tópico seguinte elucidará nossa discussão ao apontar o elemento feminino puro como componente fundamental da mãe suficientemente boa e do analista; como um pressuposto da capacidade de ser presença para outrem.

#### 7.4.2. O analista e o elemento feminino puro (ou o tempo de espera)

*O estudo do elemento feminino puro, destilado e não contaminado, nos conduz ao SER, e constitui a única base para a autodescoberta e para o sentimento de existir.*

D. W. Winnicott

Veremos, a seguir, por que somente somos presença efetiva para o outro se estivermos assentados no elemento feminino puro; presença essa que contempla a quietude e “sustenta a situação no tempo”. Com seu elemento feminino puro, o analista permite que o paciente *demore* o tempo que for necessário no seu próprio ritmo. O analista permite que o paciente faça do seu ritmo corpóreo uma morada; permite que ele (de)more na experiência<sup>57</sup>. O analista, como a mãe, precisa ter tempo para exercer a tarefa de cuidar do paciente: “isto requer que ela tenha *tempo suficiente para esperar*, no ritmo do bebê, que ele vá de ponta à outra ponta da experiência, que tenha começo meio e fim” (DIAS, 2003, p. 201; grifo da autora). Acreditamos que há estreita relação entre a capacidade de espera da mãe com seu elemento feminino puro.

O analista, em situação análoga à de uma mãe, também deve esperar seu paciente sem se precipitar em interpretações, eventualmente corretas, mas incoerentes com a maturidade egoica do paciente. Winnicott descreve isso numa passagem em que se apressou e interpretou o conteúdo inconsciente ao seu paciente; segue dizendo que a interpretação estava correta, mas a fez seis anos antes do que deveria, e quando a hora certa chegou, tal interpretação não era mais necessária.

Constatamos a importância da espera, para que o processo de regressão à dependência ocorra, em uma citação de Winnicott.

Por exemplo, só recentemente me tornei capaz de esperar; e esperar, ainda, pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente, na técnica e no cenário psicanalítico, e evitar romper esse processo natural pela produção de interpretações. [...] Se pudermos esperar, o paciente chegará à compreensão criativamente e com imensa alegria; hoje posso fruir mais essa alegria do que costumava, quando tinha o sentimento de ser arguto (WINNICOTT, 1975b, p. 121).

A capacidade de espera do analista não vem apenas de seu elemento feminino, vem também de seus anos de experiência clínica e da maturidade que essa experiência fornece.

<sup>57</sup> Devo essa ideia a Elsa Oliveira Dias.

Winnicott, impulsionado por seu trabalho clínico, desenvolveu os conceitos de “elemento feminino puro” e “elemento masculino puro”, para, entre outras coisas, designar modos distintos de relação objetal: a relação com objetos subjetivos se refere ao elemento feminino puro e a relação com objetos objetivamente percebidos se refere ao elemento masculino puro. O elemento feminino puro “diz respeito ao ser, à experiência de identidade primária, em que um é o mesmo que o outro (o bebê é o objeto), experiência que se dá no âmbito da ilusão de onipotência, com objetos subjetivos” (DIAS, 2003, p. 285). É a relação com o objeto subjetivamente percebido que marca o início da relação de meninos e meninas com a mãe. Poderíamos dizer que todos, independentemente do sexo, na saúde, se relacionam com o primeiro objeto – a mãe – a partir do elemento feminino puro. Explica Winnicott (1975b, p. 218):

[...] as experiências de integração, que ocorrem na primeira mamada teórica, são as primeiras e inaugurais experiências de si-mesmo, de ser como identidade. Isto é, ao encontrar-se com o objeto subjetivo, o bebê faz uma experiência de identificação primária com o objeto: ele é o seio. Isso constitui uma experiência de ser que tem um novo sentido para além daquele da continuidade de ser: o ser como identidade.

Winnicott denomina “elemento feminino puro” esta experiência de ser, que está presente em homens e mulheres.

Além da continuidade de ser, há outra experiência fundamental: o ser como identidade. O indivíduo só será capaz de ser como identidade a partir das relações com objetos subjetivamente percebidos.

A experiência de ser da mãe é fundamental para que ela possa oferecer os cuidados que constituirão os objetos subjetivos para seu bebê. O elemento feminino da mãe facilita sua identificação com seu bebê, favorece uma disponibilidade tranquila que “sustenta a situação no tempo”, e “que se estende demoradamente e não exige que nada aconteça, apenas aguarda os movimentos do bebê e o acompanha em suas inúmeras idas e vindas” (WINNICOTT, 1975b, p. 207). A mãe que é capaz de esperar o tempo de seu bebê sem exigir que nada aconteça favorece a temporalização, pois garante experiências que duram no tempo. O bebê pode assim experimentar a vida partindo de seu próprio corpo, ritmo, pois ele está sendo respeitado pela mãe. Uma mãe apressada, ansiosa, que se orienta pelo tempo do relógio em vez do ritmo corpóreo do bebê, não favorece o encontro com o objeto subjetivo e, por isso, a

constituição tempo subjetivo ficará ameaçada. A base segura para ser si-mesmo, apoiada na temporalidade própria fica comprometida.

Há diferença nos cuidados oferecidos pela mãe que “é” e pela mãe que “faz”: a mãe que “é” oferece seus cuidados lançando mão de seu elemento feminino puro, enquanto a mãe que “faz” cuida mecanicamente, sendo, portanto, mais identificada com seu elemento masculino puro.

Os diferentes modos de relação objetal – a partir dos elementos feminino e masculino – expressam temporalidades distintas. A temporalidade da relação objetal assentada no elemento feminino puro se expressaria pela capacidade da mãe de esperar ao mesmo compasso do ritmo de seu bebê. A continuidade do tempo, nesse primeiro momento de vida, que coincide com o período de dependência absoluta do bebê em relação aos cuidados maternos, depende de uma recuo da mãe de suas atividades mundanas, ela se recolhe aos cuidados do infante e, assim, é capaz de se identificar com ele, respeitando inclusive o tempo do bebê, tempo esse que não corresponde em absoluto ao tempo cronológico<sup>58</sup>. A continuidade dos cuidados ambientais é assegurada, desde o sono até as fraldas trocadas do bebê. É uma continuidade que se dá entre o bebê e a mãe, com a mãe se adaptando e protegendo o filho para que ele não descubra precocemente a alteridade ou o tempo do outro. Assim se dá a experiência de onipotência: por ser garantido que o bebê viva de acordo com seu próprio ritmo e controle os objetos ao seu redor, dizemos que ele é onipotente. Esse é o sentido da continuidade no tempo do *holding*, expressos pela continuidade da presença da mãe.

O tempo objetivo é, por sua vez, marcado pela alteridade, ou seja, há nessa temporalidade a dimensão do outro, do não eu. Nessa fase, o infante já tendo experimentado a ilusão e o sentimento de onipotência pode despedir-se dela, suportando as falhas de adaptação da mãe. Lembramos que, para haver despedida da ilusão de onipotência, é necessário que haja memória da presença, como uma experiência vivida – e sustentada ao longo da vida.

<sup>58</sup> Com isso, não pretendemos inferir que a mãe não possa organizar as mamadas no tempo cronológico (por exemplo: café da manhã, almoço e jantar), mas enfatizar que essa é uma necessidade da mãe, nesse momento, e não do bebê.

Desse modo, o tempo objetivo, do outro, só poderá existir de maneira saudável para o indivíduo sucedendo o tempo subjetivo. “Se tudo correr bem, o fazer só surge no momento em que a instintualidade está sendo integrada como parte da personalidade” (DIAS, 2003, p. 285), ou seja, enquanto *o elemento feminino puro tem a capacidade para ser, e é, o elemento masculino puro tem a capacidade para fazer*. Na saúde, o fazer deve suceder o ser. Isso quer dizer que o fazer só tem significado quando respaldado num ser pessoal, contínuo. Assim, podemos propor que a temporalidade objetiva do fazer só tem significado quando apoiada na temporalidade subjetiva. Ou seja, a alteridade da mãe-objeto pode ser suportada quando houve experiência de continuidade entre o bebê e a mãe-ambiente, vivido na fase de ilusão de onipotência.

O elemento masculino puro integra-se num período mais tardio do amadurecimento, momento em que há distinção entre EU e NÃO EU e desenvolve-se a capacidade de se relacionar com objetos de maneira objetiva. Poderíamos, inclusive, pensar no tempo cronológico, que, na atualidade, aparece como representante prioritário/unívoco do tempo, a partir do elemento masculino puro. Em ambos, tanto o elemento masculino como o tempo cronológico, a dimensão da alteridade se faz presente.

Se a mãe se preocupa excessivamente com a hora certa (cronológica) de alimentar o bebê, em vez de deixá-lo comer quando ele tem fome, haverá um desencontro entre o ritmo do bebê e o ritmo dos cuidados oferecidos a ele. Esse desencontro poderá deixar feridas graves no indivíduo, já que a constituição do o si-mesmo será afetada.

Traduzindo essas acepções para a realidade da clínica, queríamos frisar a importância do elemento feminino do analista em sua tarefa de acompanhar e facilitar o processo de regressão à dependência. O analista deverá basear sua prática clínica no *ser* e não no *fazer*.

#### ***7.4.3. O analista e a relação transferencial***

Partiremos da imagem emblemática, sugerida por Loparic (2006), para caracterizar a teoria winnicottiana – o bebê no colo da mãe –, para destacar aqui uma das características marcantes do acontecer clínico da regressão à dependência.

A contribuição de Winnicott se faz sustentada por sua teoria do amadurecimento, ao incluir um modo distinto de transferência e, portanto, de tratamento daqueles cuja adaptação às necessidades iniciais não fora atendida: os pacientes de tipo psicótico.

Este trabalho amplia o conceito de transferência já que, no momento da análise destas fases, o ego do paciente não pode ser presumido como uma entidade estabelecida e não pode haver neurose de transferência para a qual, certamente, deve haver um ego e, sem dúvida, um ego intacto (WINNICOTT, 1975b, p. 296).

Winnicott, ao introduzir o ambiente como elemento fundamental para a compreensão de patologias, nos abre dois caminhos. O primeiro diz respeito à importância do ambiente para o amadurecimento do ser humano; o segundo se refere à possibilidade reparadora do ambiente em casos de fracasso ambiental anterior. Na transferência, há memória das falhas, assim como existe a dimensão do que o indivíduo não viveu, revelando a falta de algo que era constitutivo. Dessa maneira, a transferência que o paciente tem em relação ao analista está centrada na promessa de o analista ser um novo ambiente, capaz de reparar as falhas anteriores – está implicada na temporalidade do indivíduo. O tipo de transferência fala da experiência que o paciente precisa viver (e do que ele não viveu, o não acontecido). Se as falhas ocorreram num momento inicial da vida, algumas experiências constitutivas não foram vividas. É aqui que ocorre a clínica da regressão – proporcionar que aconteça o que era fundamental e estrutural para a constituição do si-mesmo.

Nas palavras de Winnicott (1975b, p. 181): “uma das dificuldades de nossa técnica psicanalítica é saber, a cada momento, a idade do paciente na relação transferencial”. A cada momento, pois, em uma sessão, o paciente poderá passar por diferentes idades, diferentes pontos do processo do amadurecimento, tendo em vista o tempo cíclico.

Saber a idade do paciente na relação transferencial é outro elemento fundamental da clínica winnicottiana. O analista deverá, para isso, ter como pano de fundo a teoria do amadurecimento.

7.4.3.1. *Os diferentes tipos de transferência em Winnicott: transferência neurótica e transferência psicótica da necessidade de regredir à dependência*<sup>59</sup>

O tipo de transferência estabelecida dirá ao analista em que momento do processo do amadurecimento o paciente está. No início da vida, a relação objetal é marcada pela subjetividade, em que o objeto é subjetivo e assim deve ser. É por isso que a mãe protege o bebê de descobrir, precocemente, sua alteridade, garantindo, portanto, a possibilidade de o bebê “ser no tempo”. As falhas, vividas como rupturas pelo bebê, levariam, nessa “temporalidade subjetiva”, aos quadros psicóticos, já que o *self* não estaria suficientemente integrado e a continuidade não estaria estabelecida. As falhas referentes ao período em que o objeto deixa de ser subjetivo e passa a ser objetivamente percebido, no momento de processos secundários, levariam a quadros neuróticos variados, dependendo do momento em que ocorreram. Sabemos, com Winnicott, que nada é garantido no processo de amadurecimento. As conquistas anteriores podem ser perdidas ao longo do processo de amadurecimento. Por isso, essas duas transferências, referentes a períodos distintos, são uma possibilidade para qualquer pessoa, de qualquer patologia, seja ela psicótica ou neurótica (o neurótico pode carregar núcleos psicóticos). O analista atento ao processo de amadurecimento – e à dimensão temporal presente nos dois modos de transferência –, e consciente de que esses modos não são incompatíveis, poderá lidar melhor com as necessidades do paciente. Transferencialmente, isso aparece como uma necessidade de viver com a figura do analista algo que não foi vivido no momento adequado e que impediu o bom desenvolvimento de fases seguintes: “Ao cuidar de crianças ou realizar uma psicoterapia, é necessário estarmos sempre atentos à idade emocional do momento, de modo que possamos fornecer o ambiente emocional adequado” (WINNICOTT, 1990, p. 179). É aqui que se dá a regressão, pois o paciente precisa viver *um tempo no passado*. Nas palavras de Winnicott (1975b, p. 297): “[...] enquanto, na neurose de transferência, o passado entra no consultório, neste trabalho [lidando com a transferência psicótica] é mais verdadeiro dizer que o presente volta ao passado e é o passado”.

A transferência psicótica carrega a necessidade de regredir à dependência. Este é o sentido da regressão: um *tempo* regredido. Ou seja, um tempo vivido sob o modo de relação objetal característico do início da vida. É como se o paciente dissesse ao terapeuta: “preciso me

<sup>59</sup> Aqui, propositalmente, omitimos a transferência delirante, que acreditamos ser uma das possíveis características da transferência psicótica e não um tipo distinto de transferência.

relacionar com você de uma maneira muito primitiva *por um tempo*". Geralmente, essa "pergunta" é seguida de: "você aguenta?" – aqui o paciente testa a fidedignidade do terapeuta. Esse temor à regressão revela a consciência dos riscos envolvidos. Durante esse período, devido à fragilidade egoica do paciente, as interpretações devem ser mais cuidadosas e o manejo clínico se torna prevaletente. Quando a regressão é uma possibilidade para o paciente, o manejo por parte do terapeuta se torna fundamental. Na regressão, ele não mais representa uma figura substitutiva ao paciente, ele é essa figura de fato. A dependência é máxima e há grande risco envolvido<sup>60</sup>, já que o paciente se encontra absolutamente regredido e frágil.

Mas nem sempre essas modalidades transferenciais são passíveis de serem discernidas por um simples diagnóstico. É comum compreenderem a contribuição de Winnicott como uma ampliação do conceito de transferência para o manejo transferencial em casos psicóticos, ficando assim o modelo interpretativo inalterado nos casos neuróticos. Mas isso não é verdade, já que, muitas vezes, o paciente oscila entre uma e outra forma de transferência, o que requer do analista uma sensibilidade para esses dois modos transferenciais. Entendemos que qualquer paciente, independentemente do diagnóstico, poderá estabelecer os dois modos transferenciais ao longo na análise. E, inclusive, ao mesmo tempo. Um tipo de transferência poderá prevalecer durante certo período, mas o outro poderá estar presente de maneira mais resguardada. "Por isso, em uma pessoa de qualquer idade, pode-se encontrar todos os tipos de necessidades, das mais primitivas às mais tardias. As pessoas não têm exatamente sua idade; em alguma medida, 'elas têm todas as idades, ou nenhuma'" (DIAS, 2003, p. 101).

Um dos pontos centrais para estudarmos a originalidade de Winnicott é a compreensão de que a teoria do desenvolvimento das funções sexuais, segundo a psicanálise tradicional, desconsidera etapas iniciais do amadurecimento. Etapas que, segundo o autor, são um pressuposto para a "conquista da neurose". O estabelecimento da neurose, para Winnicott, pressupõe uma pessoa inteira, integrada num si-mesmo, capaz de discernir o EU do NÃO EU, sendo assim capaz de viver relações triangulares com três pessoas inteiras e elaborar os conflitos e desejos sexuais envolvidos. Nesse momento, em termos do processo de amadurecimento, o indivíduo estaria na dependência relativa. Considerando a complexidade do processo de amadurecimento e de suas conquistas, Winnicott afirma que o indivíduo pode

<sup>60</sup> Nos referimos ao risco do suicídio, tratado no item 7.3.2. Risco de suicídio.

ter “todas as idades ou nenhuma”. Essa frase do autor nos parece bastante pertinente e coerente com sua teoria, que não segue uma linearidade do desenvolvimento individual, como uma sucessão de fases relacionadas a uma idade cronológica equivalente, e sim a circularidade do tempo no processo do amadurecimento. “Temos todas as idades” poderia ser interpretado por: carregamos todas as questões psicóticas e neuróticas ao mesmo tempo.

Considerando o processo de amadurecimento e as relações objetais na psicose, que também coincidem com o período de dependência absoluta, o modo de relação com objetos é subjetivo. Aqui, o indivíduo imaturo está ocupado com as tarefas básicas que envolvem a constituição do ser si-mesmo, do ser EU, e dependerá absolutamente do ambiente para a realização de tais tarefas. É só depois da constituição do EU, integrado numa unidade psique-soma, que conseguiremos vislumbrar um modo de relação objetal que contemple o EU e o NÃO EU, o dentro e o fora. É só nesse momento do processo de amadurecimento, que equivale à dependência relativa, que poderemos presumir a relação do indivíduo com objetos objetivamente percebidos, e então chamar o indivíduo de neurótico.

Na psicose, o paciente existe como pessoa, é uma pessoa total, que reconhece objetos como totais; acha-se bem alojado em seu próprio corpo, e tem estabelecida sua capacidade de relacionamentos objetais. Desse ponto de vista, as dificuldades do paciente surgiriam dos conflitos de sua experiência nos relacionamentos objetais.

Se houvesse apenas linearidade no processo de amadurecimento, talvez essa discussão sob a ótica de Winnicott fosse menos complicada, pois, tendo constituído um si-mesmo, o indivíduo estaria “livre” da psicose. ao introduzir a ideia de falso si-mesmo, Winnicott traz à psicanálise uma modalidade diagnóstica que exige mais cuidado e atenção do analista. Como vimos anteriormente, toda a concepção teórica do falso si-mesmo – um dos conceitos mais facilmente identificados como sendo “winnicottiano” –, se baseia na premissa de que o indivíduo pode atravessar a linha do processo do amadurecimento obtendo falsas conquistas. Ou seja, de maneira bastante simplificada, o indivíduo, por falhas ambientais, organiza uma defesa de cisão, psicótica, e mimetiza do ambiente um falso si-mesmo neurótico. São casos que poderão “enganar” os analistas em razão do semblante de sucesso e ordem.

Para a finalidade desta tese, partiremos do princípio de que existem dois diferentes tipos de transferência, que podem se manifestar na relação terapêutica: a neurótica e a psicótica. A

neurótica carrega os conflitos inconscientes, como já mencionamos, e a psicótica carrega a comunicação de uma necessidade – de algo que deveria ter acontecido e não aconteceu. Em carta à Rodman, Winnicott (1987b, p. 182) opina.

Eu penso que a diferença é que o neurótico, se existe algo puramente neurótico, não é apenas capaz de lidar com uma análise em termos de verbalização, mas também dá por garantido todo o material que é trabalhado na análise de um caso limítrofe (*borderline*), a maior parte do qual é pré-verbal. Em outras palavras, no extremo de um caso limítrofe, tudo se resume no final ao que tentei descrever como a sobrevivência do analista, só que pode levar anos para o paciente se tornar suficientemente confiante na transferência para poder assumir o risco de um relacionamento em que o analista está absolutamente desprotegido.

O que faz a clínica winnicottiana ser “winnicottiana”, no nosso entendimento, e um dos argumentos centrais desta tese é a possibilidade de o paciente comunicar ao analista, transferencialmente, sua necessidade.

#### *7.4.3.2. O papel da contratransferência*

Na clínica de psicóticos, a contratransferência ganha importância maior do que na clínica de psiconeuróticos. Pacientes da primeira categoria podem ser compreendidos como “ilhas separadas de si mesmas e do continente” (GIOVACCHINI apud VAN SWEDEN, 1994, p. 139). Nesse sentido, como podemos esperar que o paciente comunique em análise sobre seu estado egoico desintegrado? Christopher Bollas (1987, p. 202) sugere que devemos procurar respostas na contratransferência: “para que encontremos o paciente, é necessário que procuremos por ele/ela em nós mesmos”.

Na clínica da regressão à dependência, muitas vezes é no nosso corpo e na nossa memória pessoal que acessamos algo do paciente. Essa comunicação transferencial e contratransferencial é absolutamente particular e só se dá no consultório. Nas palavras de Van Sweden (1994, p. 126):

Ao trabalhar com aqueles que experienciam dificuldades com a expressão verbal, especialmente os pacientes pré-edípicos, as manifestações contratransferenciais do analista são uma ferramenta essencial no movimento em direção da expressão dos estados primitivos.

Ao perceber as próprias respostas contratransferenciais, o analista deverá, sutilmente, formulá-las em palavras para o paciente. Muitas vezes, a melhor maneira é apresentando como uma pergunta: “Eu não sei, mas isso me fez pensar...”. O paciente logo terá condições de aceitar ou recusar a interpretação da contratransferência.

Winnicott (1975b, p. 194) classifica os fenômenos contratransferências em três:

1. Anormalidade nos sentimentos contratransferenciais, identificações e relacionamentos que estão reprimidos no analista. O comentário aqui é de que o analista precisa de mais análise [...].
2. As identificações e tendências pertencentes às experiências da vida pessoal do analista e de seu desenvolvimento, que proporcionam um ambiente positivo e absolutamente pessoal para seu trabalho analítico.
3. A contratransferência objetiva, ou se isto for difícil, o amor e ódio do analista em relação à personalidade e comportamento do paciente, baseado em observação objetiva.

O primeiro fenômeno expressa a falta de análise do analista. Sobre isso, não resta muito a ser debatido, além de reiterar a importância da análise pessoal do analista para seu trabalho clínico. O segundo fenômeno expressa o que é particular e próprio a cada pessoa. O analista coloca algo de si no modo de trabalhar e isso é absolutamente normal e esperado. O terceiro fenômeno expressa a contratransferência objetiva, que é a contratransferência adequada ao trabalho clínico, pois permite comunicar ao paciente coisas que são inacessíveis a ele mesmo.

#### *7.4.3.3. Ódio na contratransferência*

Winnicott nos recorda que, na análise de psicóticos, muitas vezes é a contratransferência que adquire centralidade no tratamento. A identificação do ódio contido na contratransferência, portanto, é essencial: “acima de tudo, é necessário que o analista não negue o ódio que existe nele” (WINNICOTT, 1975b, p. 196).

O tipo de demanda feita por um paciente psicótico em estado de regressão é enorme, e, se o analista não estiver familiarizado com seu próprio ódio, o tratamento não terá futuro. Aqui a questão central é a própria análise do analista, que o permite entrar em contato com seus elementos primitivos.

Se formos nos tornar capazes de sermos analistas de pacientes psicóticos, devemos ter ido ao encontro do mais primitivo em nós mesmos, e isso é mais um exemplo de que a resposta para muitos problemas obscuros na prática psicanalítica reside em mais análise por parte do analista (WINNICOTT, 1975b, p. 196).

O analista deverá ter visitado o mais primitivo de si. Isso o permitirá não só odiar o paciente, mas desenvolver um trabalho livre de qualquer moralidade e julgamento.

Winnicott apresentou a ideia do ódio na contratransferência num texto de 1947: “Hate in the Countertransference”. Comenta que o analista do psicótico, tal qual a mãe de um bebê recém-nascido, deve ser capaz de tolerar o sentimento de ódio sentido sem fazer nada a respeito. O paciente psicótico é, segundo Winnicott, *irksome*, comparado ao neurótico. Uma boa tradução para *irksome* seria “cansativo, devastador, irritante”. Analistas que já trataram esse tipo de paciente concordarão, é a mais absoluta verdade. Caso o analista não reconheça o próprio ódio, o ódio provavelmente aparecerá em suas atuações: atrasos, falação excessiva, saídas de férias em momentos impróprios etc.

Encontramos um belo relato sobre os danos que o ódio da contratransferência pode trazer à análise, caso não seja reconhecido e trabalhado pelo analista: “Sobreviver, disse ela”, de Laura Dethiville (apud LOPARIC, 2013, p. 305-318). Esse texto nos permitiu fazer uma distinção importante: o analista winnicottiano muitas vezes é tido como maternal, dócil. Claro que essa identificação tem uma razão de ser, mas identificar essa linha teórica com analistas bonzinhos, que amam seus pacientes, é absolutamente infundado: “se o analista demonstrar amor, certamente matará ao mesmo tempo o paciente”, disse Winnicott (1975b, p. 195).

Dethiville nos apresenta os momentos finais da análise da famosa atriz hollywoodiana Marilyn Monroe, com o analista Ralph Greenson. O relato explicita uma relação de dependência mútua, em que a paciente passa a fazer parte da vida familiar do analista. O analista percebeu a necessidade da paciente e tentou supri-la na realidade com aquilo que faltou em sua vida inicial. Marilyn foi abandonada com poucos meses de vida por uma mãe psicótica e deprimida. Aparentemente, também foi vítima de abuso sexual na infância.

O analista, por sua vez, tentado prover cuidados, passa a ter controle absoluto sobre a vida de sua paciente. Pensava ser o único que poderia salvá-la e utilizava uma técnica baseada no amor de transferência, negando absolutamente qualquer ódio. Greenson tira férias num momento inadequado e a paciente é encontrada morta meses depois. “André Green fala da análise de Marilyn Monroe com Greenson levantando a hipótese de que este não dispunha de ferramentas adequadas, particularmente elaboradas por Winnicott, para tratar este tipo de paciente (de quem Greenson falava chamando-a de ‘minha esquizofrênica preferida’)” (DETHIVILLE apud LOPARIC, 2013, p. 316).

As ferramentas elaboradas por Winnicott – a inovação trazida pela clínica capaz de tratar casos psicóticos via regressão à dependência – nos permitem, hoje, tratar casos como o de Marylin, com sucesso.

#### 7.4.3.4. *Interpretação e manejo*

*Como é difícil, para alguns analistas, bem como para alguns analisandos, parar de falar!  
A necessidade de falar, mesmo que bem-intencionada, será uma resistência  
à experiência de regressão à dependência, prevenindo que sentimentos inconscientes apareçam no  
analisando e também no analista.*

Robert C. Van Sweden

A interpretação é possivelmente o que há de mais identitário da psicanálise. É o meio através do qual se revela um sentido que estava oculto na fala, sonho ou brincadeira do paciente. Nas palavras de Dias (2014, p. 7): “A interpretação encontra-se, assim, no centro da teoria e o trabalho psicanalítico, sendo, por excelência, o método de trazer à luz ‘as várias modalidades do conflito defensivo’”. Nesse sentido, tarefa analítica e interpretação, na psicanálise tradicional equivalem à mesma coisa.

Como evidenciamos anteriormente, apenas os casos bem escolhidos eram tratados pelo método psicanalítico. A psicanálise, então, até Ferenczi, só se debruçava sobre o estudo das neuroses e seus conflitos inconscientes. Já a teoria winnicottiana, fundada no processo de amadurecimento, parte de pressupostos teóricos diferentes.

Na teoria winnicottiana dos distúrbios psíquicos, contudo, construída à luz da ideia de amadurecimento, essas categorias não servem, por exemplo, para o estudo das psicoses, pois estas têm seu ponto de origem num período tão primitivo da vida, que essas formações psíquicas ainda não se constituíram (DIAS, 2014, p. 9).

A interpretação na clínica winnicottiana não é mais o “cavalo de batalha” de toda tarefa analítica. O manejo (*management*) passa a ser, no caso dos pacientes psicóticos, com distúrbios de caráter primitivo<sup>61</sup> o “cavalo de batalha” na clínica da regressão à dependência. Entendemos a regressão à dependência como um retorno ao primitivo: “As experiências que

<sup>61</sup> Elsa Dias faz uma importante distinção entre primitivo e profundo: profundo não é o inicial. Profundo, segundo Winnicott, precisa de certa maturidade para se desenvolver, nos remetendo ao primeiro e segundo ano de vida. Já o primitivo é o inicial da situação de dependência do bebê em relação à mãe. É justamente sobre o primitivo que a regressão à dependência visa tratar. A regressão à dependência pode ser entendida, desse modo, como um retorno ao primitivo.

ocorrem durante o ‘primitivo’, sobretudo na fase de dependência absoluta, são de natureza pré-verbal, pré-representacional e pré-simbólica” (DIAS, 2014, p. 10).

A interpretação do inconsciente reprimido, tal como elaborada por Freud, tem sim lugar, mas muita saúde é necessária para que se chegue até lá.

Em termos gerais, no que se refere à tarefa analítica, Winnicott assinala que é o contexto de confiabilidade da análise e o manejo das condições ambientais gerais do *setting*, e mesmo condições ambientais gerais do paciente, o que deve ser primordialmente levado em conta. Mais especificamente no que se refere aos casos de psicose, cuja problemática remete a momentos primitivos do amadurecimento, a necessidade do paciente é de cuidados ambientais confiáveis, ou como diz Winnicott, de manejo, e não de interpretações (DIAS, 2014, p. 10).

Como podemos perceber, a interpretação do discurso do paciente não nos oferece as ferramentas para enfrentar clinicamente as psicoses. Grande parte da comunicação é não verbal, uma comunicação entre dois corpos, baseada no cuidado e nas necessidades maturacionais do paciente.

Os distúrbios de caráter primitivo necessitam que o analista seja capaz de cuidar do paciente que regride à dependência e se encarregue da situação em que o paciente se encontra, ou seja, que maneje a situação tanto do *setting* quanto a mais ampla, relacionada às condições e às circunstâncias atuais de vida (DIAS, 2014, p. 19).

A interpretação será mais no sentido de explicitar a necessidade maturacional referente à idade emocional do paciente. Nas palavras de Winnicott (apud DIAS, 2014, p. 30): “fazer interpretações em termos de necessidades e, com menos frequência, em termos de desejos”. A interpretação dá lugar à comunicação – verbal ou pré-verbal – baseada numa relação de cuidado, em que o manejo é a característica proeminente.

#### *7.4.3.5. Oportunidade para comunicação não verbal*

Na transferência psicótica, são os elementos pré-edípicos que são transferidos para a figura do analista; traumas esses que ocorreram num momento em que não havia maturidade, nem linguagem. Tais fatores impossibilitam, muitas vezes, que o paciente fale sobre eles, por isso a extrema importância da comunicação não verbal e do manejo que se estabelece no *setting* analítico.

Numa bonita passagem clínica, Winnicott exemplifica como é possível se comunicar com uma paciente sem palavras.

Sem ação deliberada por parte de nós, desenvolveu-se um ritmo de embalo. O ritmo era bastante rápido, cerca de 70 por minuto (cf. batimentos cardíacos), e eu tive algum trabalho para me adaptar a tal ritmo. Contudo, lá nos achávamos, com a *mutualidade* expressa em termos de um leve mas persistente movimento de embalo. Sem palavras, estávamos nos comunicando um com o outro, e isso estava se dando num nível de desenvolvimento que não exigia que a paciente tivesse maturidade mais avançada daquela que se descobrira tendo na regressão à dependência da fase de sua análise (WINNICOTT, 1989, p. 200; grifo da autora).

Esse é um exemplo claro de comunicação não verbal, baseada na experiência de mutualidade dos corpos, para a qual o analista deverá estar preparado em casos necessários de regressão à dependência.

#### 7.4.3.6. *Uso do silêncio como ferramenta terapêutica*

Para a psicanálise tradicional, o silêncio é visto como sinal de resistência do paciente ao processo terapêutico, expressão de sua não colaboração inconsciente. Apesar da importância dessa aceção, ela deixa de ser pertinente em muitos casos da clínica de regressão à dependência, quando o silêncio passa a ser uma ferramenta terapêutica importante, como descreve Balint (apud VAN SWEDEN, 1994, p. 145).

Uma paciente... pediu que eu não falasse..., mas para, ocasionalmente, eu me mexer um pouquinho, por exemplo, para fazer minha cadeira emitir um leve ruído etc. Mas eu não podia usar palavras, já que palavras demandam ser compreendidas, o que faria com que saísse de seu estado regredido para o mundo adulto das palavras.

São grandes os perigos de interpretar demasiadamente paciente psicóticos, que necessitam regredir. Afinal, ficamos com sono, entediados, aborrecidos com a demora do paciente em chegar a algo que possivelmente já percebemos; somos falhos. O analista precisa ter muita paciência. Repetimos a citação de Winnicott, já parcialmente reproduzida, pois resume o que queremos evidenciar.

[...] só recentemente me tornei capaz de esperar; e esperar, ainda, pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente, na técnica e no cenário psicanalítico, e evitar romper esse processo natural pela produção de interpretações. Refiro-me à produção de interpretações e não às interpretações em si. Estarrece-me pensar quanta mudança profunda impedi, ou retardei, em pacientes de *certa categoria de classificação* pela minha necessidade pessoal de interpretar. Se pudermos esperar, o paciente chegará à compreensão criativamente e com imensa alegria; fruir mais essa alegria do que costumava, quando tinha o sentimento de ser arguto. Ao interpretar, acredito que o faço principalmente no intuito de deixar o paciente conhecer os limites de minha compreensão (WINNICOTT, 1975b, p. 121; grifos da autora).

Ao interpretar, apelamos, como analistas, à compreensão intelectual do paciente, à parte “adulta” de sua personalidade. No caso de pacientes neuróticos, a interpretação tem o efeito de sustentador<sup>62</sup>, já para o psicótico, não. Em relação a esse assunto, ao explicitar a mudança na técnica necessária para o tratamento de psicóticos, Winnicott (1965, p. 240) argumenta:

Quando um psicanalista está trabalhando com uma pessoa esquizoide (chame isso de psicanálise ou não), a interpretação produtora de *insight* se torna menos importante; o essencial é a manutenção de um *setting* que ofereça um ego adaptativo. A confiabilidade do *setting* é a experiência primária.

A sustentação para o psicótico se dá pela manutenção do *setting* confiável, pela capacidade de esperar pela comunicação essencial do paciente – a da necessidade maturacional – do não acontecido. Desse modo, não há ainda palavras que possam traduzir a experiência do paciente: “O que é agora de importância primária, e integrador para o paciente regredido, é que sua dor e ódio sejam escutados, experienciados internamente, e compreendidos pelo analista” (VAN SWEDEN, 1994, p. 118).

#### 7.4.3.7. Setting e confiabilidade

*Ele (setting) convida à regressão por razão de sua confiabilidade.*  
D. W. Winnicott

Entendemos o *setting* como o conjunto de fatores que remetem o paciente ao analista, mas que transcendem a figura física do mesmo. O exemplo mais claro de *setting* seria o do consultório, que, em seus objetos e materialidade, auxiliam na tarefa de sustentação e manejo do paciente. O *setting* passa a ser a extensão do analista como um ambiente subjetivo para o paciente psicótico.

Um dos elementos importantes para a facilitação da regressão à dependência no *setting* é o uso do divã, e os objetos físicos da sala. Nas palavras de Winnicott:

Para o neurótico, divã e o calor e conforto podem ser simbólicos do amor da mãe; já para o psicótico, seria mais verdadeiro dizer que essas coisas são a expressão física do amor do analista. O divã é o colo ou o útero do analista, e o calor sentido é o calor do corpo vivo do analista (WINNICOTT, 1975b, p. 199).

<sup>62</sup> “Uma interpretação correta e oportuna no tratamento analítico produz uma sensação de estar fisicamente seguro, que é mais real (para o não psicótico) do que se ele estivesse sendo corretamente embalado ou posto no colo” (WINNICOTT, 1990, p. 80).

E ainda:

Enquanto o paciente estiver regredido (por um momento, por horas ou por um longo período), o divã é o analista, os travesseiros são seios, o analista é a mãe de certo passado (WINNICOTT, 1975b, p. 288).

Analistas acostumados com o trabalho clínico não terão dificuldades em se lembrar de situações clínicas nas quais pacientes psicóticos comunicaram a importância da sala, de seus objetos e de sua permanência<sup>63</sup>. Utilizaremos um exemplo oferecido pelo próprio Winnicott, no texto “A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise”.

Com referência a esta paciente, há certas coisas que têm de ser sempre as mesmas. As cortinas são fechadas, a porta não fica trancada, de maneira que a paciente pode entrar diretamente; todas as disposições na sala têm de ser constantes e há também alguns objetos que são variáveis, mas pertencem ao relacionamento transferencial (WINNICOTT, 2005a, p. 79).

A paciente em questão, que contava com uma parcela saudável de sua personalidade, vivia com Winnicott, na relação transferencial, a sua parcela doente (psicótica).

O fragmento enfermo é tão doente em um paciente quanto em outro, e não se pode, de maneira alguma, diminuir-se a adaptação às necessidades do paciente por saber-se que este possui uma considerável porção de personalidade sadia. É o fragmento enfermo com que estamos lidando e ele é tão enfermo quanto possível (WINNICOTT, 2005a, p. 81).

Grande parte da comunicação aqui era não verbal, uma comunicação que não se apoia na parte madura e saudável do ego, e sim na parte doente, imatura, regredida. A comunicação não verbal expressa a comunicação do traumático por não ter ocorrido, ter sido impedido.

Outra característica do *setting* na clínica da regressão à dependência é que ele deverá ser expandido. À medida que as necessidades do paciente aumentam, a necessidade por contatos telefônicos entre sessões, manejo de situações com familiares, hospitalares e escolas podem ocorrer; e sessões que excedam a hora prevista também. Desse modo, o analista se faz acessível ao paciente fora do *setting* preestabelecido do consultório. “Eu acredito que a aceitação do terapeuta em estender sua disponibilidade através de telefonemas ou sessões extras são fatores importantes no manejo da regressão” (VAN SWEDEN, 1994, p. 128).

Em suma, sessões mais longas que o de costume e comunicação via mensagens e telefones também constituem o *setting* que o analista deverá prover nesse tipo de clínica.

<sup>63</sup> Aqui poderia ilustrar com situações diversas de minha clínica, mas, por razões de sigilo e, acima de tudo, confiabilidade, prefiro não fazer.

#### 7.4.3.8. Pontualidade

O tom de voz, a pontualidade e postura do analista (não se mexer muito, por exemplo) passam a ser fatores cruciais na análise de pacientes em estado de regressão.

Um aspecto adicional do *holding* proporcionado pelo analista via manutenção do *setting* é sua pontualidade. Para o paciente neurótico, a pontualidade é bem-vinda, mas, para o paciente psicótico, ela é absolutamente mandatória. Winnicott (1975b, p. 288) é quem nos adverte: “Chegam fases em que tudo depende da pontualidade do analista. Se o analista está lá esperando, tudo vai bem – caso contrário, analista e paciente poderiam ir para casa porque nenhum trabalho poderá ser feito”.

O atraso do analista é interpretado pelo paciente psicótico como uma falha gravíssima, como se o analista fosse incapaz de compreender o grau de sua dependência e necessidade. Caso o paciente psicótico atrase, isso pode expressar a desesperança que ele tem de encontrar o analista lá esperando por ele.

#### 7.4.3.9. A importância da falha e sobrevivência do analista

*Um dos aspectos técnicos mais fecundos do pensamento de Winnicott consiste no uso do que chamaremos com ele a “falha” do analista; está referido, sobretudo, às fases de regressão à dependência, no tratamento de pacientes fronteiros.*

Elsa Oliveira Dias

Mas o que é exatamente a falha do analista? E, principalmente, qual a importância da falha do analista?

Entendemos a falha do analista como uma oportunidade que o paciente tem de experimentar a falha original dentro de sua capacidade pessoal.

*Em um tratamento bem-sucedido, o paciente torna-se capaz de encenar o trauma ou falha ambiental e experimentá-lo dentro da área de onipotência pessoal, e assim com uma ferida narcísica diminuída. Assim, é como analistas que repetidamente nos envolvemos no papel do fracasso, e não é fácil aceitarmos esse papel, a menos que vejamos seu valor positivo. Somos transformados em pais que fracassam, e só assim alcançamos sucesso como terapeutas (WINNICOTT, 1989, p. 61; grifos da autora).*

Em carta à Rodman, Winnicott (1987b, p. 180) explicita que a falha do analista é útil no caso de pacientes psicóticos: “Por exemplo, acho que os erros podem ser perigosos na análise da

psiconeurose e, ao mesmo tempo, podem ser úteis quando o paciente é mais psicótico ou o que chamamos de *borderline*”.

A falha do analista tem um aspecto ordinário, inevitável. O analista não pode escapar de sua mediocridade, comparado a uma mãe na tarefa de adaptação à necessidade de um adulto regredido. Ele naturalmente falhará. A questão reside em como ele lida com essa falha na relação transferencial com o paciente. Caso o analista se sinta pessoalmente ofendido com a reclamação do paciente referente a algum deslize, a chance de fazer uso da falha de modo terapêutico se reduzirá.

Para Winnicott, a importância da falha do analista no processo terapêutico de regressão à dependência é crucial. A falha do analista será uma das primeiras experiências vividas pelo paciente como algo separado de si.

Tal como muita coisa que sabemos a respeito destas experiências muito iniciais na primeira infância, esse exemplo deriva do trabalho que tem de ser feito na análise de crianças mais velhas ou adultos, quando o paciente se acha em uma fase, longa ou curta, na qual a regressão à dependência é a principal característica da transferência. O trabalho deste tipo sempre tem dois aspectos, o primeiro deles sendo a descoberta positiva, na transferência, de tipos iniciais de experiência que foram deixados passar ou foram distorcidos no próprio passado histórico do paciente, no relacionamento muito inicial com a mãe; o segundo é o uso que o paciente faz das falhas do terapeuta em técnica. Essas falhas produzem raiva, e isto tem valor, porque a raiva traz o passado para o presente. Por ocasião da falha inicial (ou falha relativa), a organização do ego do bebê não se achava suficientemente organizada para uma questão tão complexa quanto a raiva a respeito de um assunto específico (WINNICOTT, 1989, p. 199).

A falha tem, portanto, na clínica da regressão à dependência, um caráter terapêutico. Sentir raiva pela primeira vez do ambiente habilita o paciente a: sentir raiva pela falha ambiental originária, através de sua atualização na relação transferencial; se desvencilhar do sentimento de loucura associada a essa falha primária – a falha é do ambiente e não de si.

Esses dois processos são fundamentais como processos terapêuticos na clínica da regressão à dependência, mas eles só poderão ser vividos se o analista *fizer uso da sua falha*. Fazer uso da falha significa trabalhar seus efeitos na relação terapêutica, muitas vezes remetendo às situações originárias.

Nos explicamos melhor: caso o analista se defenda de seus erros, quando confrontado pelo paciente, o resultado poderá ser devastador. O paciente retrainará ainda mais e a oportunidade terapêutica da regressão à dependência terá se perdido.

Dethiville (apud LOPARIC, 2013) aponta um aspecto menos evidente da sobrevivência do analista: a da sobrevivência do analista à sedução, transferência amorosa e idealizante. Nesse campo, diferente do campo da agressividade, o analista tem para si a tarefa de não se identificar com o analista idealizado que o paciente projeta.

E, assim, mostramos, nesta seção, alguns elementos constituintes da clínica da regressão à dependência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lançados à questão da regressão à dependência em seu aspecto temporal, esperamos ter conseguido explicitar a intimidade dessa relação ao longo desta tese.

Esperamos, também, ter sido bem-sucedidos na ampliação do campo de estudo da clínica da regressão à dependência, que, com forte componente temporal, é um fenômeno clínico que nasce do ímpeto terapêutico de um analista. Winnicott, com o conceito de regressão à dependência, concatena grande parte de seu legado teórico-clínico, já que essa é a única forma terapêutica de tratar “casos incuráveis”, os psicóticos.

A definição de psicose ganha particularidade na teoria winnicottiana, por isso sugerimos a nomenclatura “psicose winnicottiana”. Winnicott, ao introduzir o falso si-mesmo grave (*borderline*), anuncia, ao campo das psicoses, uma profunda mudança: a loucura deixa de ser caracterizada apenas em seu caráter delirante e passa a ser compreendida como a *loucura de não ser*. Essa “loucura de não ser”, do que nunca foi vivido, poderá ser experimentada, pela primeira vez, na relação diádica paciente-analista.

As inovações de Winnicott se fazem tanto teórico quanto clinicamente; são duas esferas absolutamente intrincadas.

As mudanças que essas inovações trouxeram à psicanálise consistem em: migramos, do “*talking cure*” para o “*care-cure*”; da psicanálise de três pessoas para a psicanálise de duas pessoas; da interpretação do inconsciente reprimido para a comunicação da necessidade maturacional (do não acontecido).

Acreditamos que cumprimos com o objetivo principal desta tese: o de demonstrar que a regressão à dependência é o único caminho de cura nas *agonias impensáveis*, características de quadros psicóticos. Ademais, quisemos evidenciar, ao fazer a reconstrução histórica do conceito, a inovação clínica da regressão à dependência em Winnicott.

Contextualizamos as agonias impensáveis, em síntese, como uma descrição de sensações somáticas. Sensações somáticas que terão de ser vividas e integradas ao indivíduo, para que se separe o que é próprio, pessoal, e o que foi falha ambiental precoce.

A regressão à dependência através do *holding*, manejo da adaptação ativa às necessidades maturacionais, será essencialmente uma experiência psicossomática vivida numa relação viva, mútua, entre analista e paciente, e não numa relação de análise. O terapeuta preparado para viver e suportar estados regressivos de seus pacientes não está, de modo algum, protegido de seu sofrimento. A relação aqui é de mutualidade.

Na regressão, sustentamos a quietude e o torpor das agonias impensáveis, que explodem e atravessam o corpo; sustentamos, real e metaforicamente, o corpo despedaçado, não integrado, enlouquecido, imaturo – psicótico. O paradoxo é que oferecemos a oportunidade para o paciente viver, pela primeira vez, as agonias impensáveis dentro da área de onipotência do paciente, apoiada pelo terapeuta.

O papel do terapeuta é de esperar, ser confiável, verdadeiro, proporcionando o ambiente de maneira que o verdadeiro si-mesmo do paciente possa existir. O processo e a necessidade são do paciente, jamais desejamos, como analistas, que nossos pacientes regridam.

Reiteramos que os traumas não são, necessariamente, experiências severas. O trauma ao qual nos referimos aqui – e que gera a defesa psicótica contra as agonias impensáveis – é repetido ao longo do tempo, se torna padrão, e, por isso, gera uma defesa. Visto de fora, pode ser sutil, delicado, simples e pequeno.

Finalmente, concluímos com as palavras da paciente central desta tese: Margaret Little; afinal são os pacientes que nos guiam.

A psicanálise tradicional não foi bem-sucedida e eu precisava de regressão, a ponto de total dependência, da qual eu pude me desenvolver, mesmo que demasiado tarde, e me tornar uma pessoa mais real, mais equilibrada e madura (LITTLE, 1990, p. 87).

Podemos dizer que essa foi uma terapia bem-sucedida.

## BIBLIOGRAFIA

- ABRAM, J. *The Language of Winnicott*. London: Jason Aronson, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Donald Winnicott Today*. London: Routledge, 2013.
- BALINT, M. *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*. New York: Da Capo Press, 1952.
- \_\_\_\_\_. *Thrills and Regression*. New York: IUP, 1959.
- \_\_\_\_\_. *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*. New York: Brunner, Mazel Publishers, 1979.
- BOLLAS, C. *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. London: Free Press, 1987.
- DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- \_\_\_\_\_. “O caráter temporal do trauma e os sentidos de trauma em Winnicott”. *Winnicott e-prints*, v. 1, n. 2, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW, 2011.
- \_\_\_\_\_. *A interpretação e manejo na clínica winnicottiana*. São Paulo: DWW, 2014.
- FERENCZI, S. *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. New York: Boni and Liveright Publishers, 1927.
- \_\_\_\_\_. [1931]. “Child-Analysis in the Analysis of Adults”. In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-analysis*. New York, Brunner/Mazel, 1955.
- \_\_\_\_\_. *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*. Cambridge, Mass.: Harvard Press, 1988.
- FERENCZI, S.; RANK, O. *The Development of Psycho-Analysis*. New York; Washington: Nervous and Mental Disease Publishing, 1925.
- FREUD, S. Recommendations to Physicians Practising Psycho-Analysis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, v. XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works. [s.l.: s.ed.], 1912.
- GIOVACHINI, B. *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. New Jersey: Jason Aronson, 1990.
- GOLDMAN, D. *In Ones Bones: The Clinical Genius of Winnicott*. London: Jason Aronson, 1993.
- GONDAR, J. *Os tempos de Freud*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- \_\_\_\_\_. “Winnicott, Bergson, Lacan: tempo e psicanálise”. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982006000100008>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

- GRUNBERGER, B. "From the 'Active Technique' to the 'Confusion of Tongues' on Ferenczi's Deviation". In: LEOVICI, S.; WIDLOCHER, D. (eds.). *Psychoanalysis in France*. New York: International Universities Press.
- HAYNAL, A. *Controversies in Psychoanalytic Method. From Freud and Ferenczi to Michael Balint*. New York: NYU Press, 1989.
- KERNBERG, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New Jersey: Jason Aronson, 1975.
- KUHN, T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press, 1996.
- LAPLANCHE e PONTALIS. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LAURENTIIS, V. R. F. *Corpo e psicossomática em Winnicott*. São Paulo: DWW, 2016.
- LEHMANN, J.-P. *Marion Milner et Margaret Little: Actualité de leur travail avec des psychotiques*. Toulouse: Érès, 2012.
- LE POULICHET, S. *O tempo na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- LITTLE, M. *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. New York; London: Jason Aronson, 1981.
- \_\_\_\_\_. *Psychotic Anxieties and Containment. A Personal Record of an Analysis with Winnicott*. New Jersey: Jason Aronson, 1990.
- LOPARIC, Z. "Winnicott: uma psicanálise não-edipiana". *Percursos*, v. 9, n. 17, 1996.
- \_\_\_\_\_. "É dizível o inconsciente?". *Natureza Humana*, v. 1, n. 2, 1999a.
- \_\_\_\_\_. "Heidegger and Winnicott". *Natureza Humana*, v. 1, n. 1, 1999b.
- \_\_\_\_\_. "Esboço do paradigma winnicottiano". *Cadernos de História e Filosofia das Ciências*, Unicamp, v. 11, n. 2, 2001.
- \_\_\_\_\_. "De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática". *Winnicott e-prints*, v. 1, n. 1, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Winnicott e a ética do cuidado*. São Paulo: DWW, 2013.
- \_\_\_\_\_. "Temporalidade e regressão". Artigo baseado na palestra intitulada "Tempo do amadurecimento", pronunciada no II Congresso Winnicott Luso-Brasileiro: A retomada do amadurecimento. Lisboa, 20 e 21 de junho de 2014.
- MACK, L. E. *Uma investigação da temporalidade a partir de Winnicott*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), PUC, São Paulo, 2011
- NAFFAH, A. "A problemática do falso self em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott". *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 41, n. 4, 2007.

- \_\_\_\_\_. “As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferências: contribuições de D. W. Winnicott”. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 43, n. 78, 2010.
- PELBART, P. P. “Tempo e psicanálise”. In: *A vertigem por um fio*. São Paulo: Iluminuras, 2000.
- PHILLIPS, A. *Winnicott*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- ROAZEN, P. *Freud and His Followers*. New York: Da Capo Press, 1975.
- RODMAN, F. R. *Winnicott Life and Work*. Cambridge: Perseus Book Club, 2003.
- SAFRA, G. “A clínica em Winnicott”. *Natureza humana*, São Paulo, v. 1, n. 1, 1999.
- \_\_\_\_\_. *A po-ética da clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004.
- \_\_\_\_\_. *A face estética do self*. Aparecida, SP; São Paulo: Ideias & Letras; Unimarco, 2005.
- VAN SWEDEN, R. C. *Regression to Dependence: A Second Opportunity for Ego Integration and Developmental Progression*. London: Jason Aronson, 1994.
- WINNICOTT, D. W. *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York: International Universities Press, 1965.
- \_\_\_\_\_. *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. New York: Basic Books, 1971.
- \_\_\_\_\_. *Playing and Reality*. London; New York: Routledge, 1975a.
- \_\_\_\_\_. *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books, 1975b.
- \_\_\_\_\_. *The Piggie: An Account on the Psychoanalytic Treatment of a Little Girl*. England: Penguin Books, 1977.
- \_\_\_\_\_. *Home is Where We Start from*. New York; London: W.W. Norton & Co., 1986a.
- \_\_\_\_\_. *The Family and Individual Development*. London; New York: Tavistock Publications, 1986b.
- \_\_\_\_\_. *Holding and Interpretation. Fragment of an Analysis*. New York: Grove Press, 1987a.
- \_\_\_\_\_. *The Spontaneous Gesture. Selected Letters of D. W. Winnicott*. Edited by F. R. Rodman. Cambridge; London: Harvard University Press, 1987b.
- \_\_\_\_\_. *Babies and Their Mothers*. London: Free Association Books, 1988a.
- \_\_\_\_\_. *Human Nature*. New York: Schocken Books, 1988b.
- \_\_\_\_\_. *Psycho-Analytic Explorations*. Edited by Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Natureza humana*. Tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

- \_\_\_\_\_. *The Child, the Family, and the Outside World*. Massachusetts: Addison-Wesley, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Talking to Parents*. Massachusetts: Addison-Wesley, 1993.
- \_\_\_\_\_. *Deprivation and Delinquency*. Edited by Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. London; New York: Routledge, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Thinking about Children*. [England]: Da Capo Press, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Explorações psicanalíticas*. Organizado por Clare Winnicott, Ray Shepherd e Madeleine Davis. Traduzido por José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 2005a.
- \_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade*. Tradução de J. O. de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 2005b.
- \_\_\_\_\_. *Tudo começa em casa*. 4. ed. Tradução de Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 2005c.