

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Dissertação de Mestrado

**Das rupturas à continuidade: os funcionamentos psicóticos e o manejo na
clínica psicanalítica**

Isabella Vieira de Macedo Guedes

Brasília, 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

DAS RUPTURAS À CONTINUIDADE: OS FUNCIONAMENTOS PSICÓTICOS E O
MANEJO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

ISABELLA VIEIRA DE MACEDO GUEDES

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, sob a orientação do Professor Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes.

Brasília, 2017

A Banca Examinadora que aprovou esta dissertação teve a seguinte composição:

Professor Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes

Universidade de Brasília - UnB

Presidente

Professor Dr. Tales Afonso Muxfeldt Ab'Sáber

Universidade de São Paulo - USP

Membro Externo

Professora Dra. Tânia Inessa Martins de Resende

Centro Universitário UniCEUB

Membro Externo

Professora Dra. Deise Matos do Amparo

Universidade de Brasília - UnB

Membro Suplente

Brasília, 27 de outubro de 2017.

Aos meus pacientes que, ao me
confiarem a tarefa de acompanhar-lhes em seu existir
e em sua dor,
encorajam-me e
inspiram-me
a enxergar, sempre,
esperança.

Agradecimentos

Uma dissertação não acontece sem alianças frutíferas. Àqueles que me acompanharam nesta caminhada, minha imensa gratidão:

À minha mãe Mônica, pelo carinho, pelo encorajamento com o qual sempre posso contar, pela força que representa e pelo olhar sempre assegurador diante dos desafios da vida. Ao meu pai, Alcino, pela aposta recheada da mais simples fé e pelo carinho expresso das formas mais aconchegantes. Aos meus pais, que das formas mais variadas e cuidadosas, ao longo da minha vida, me trouxeram até aqui. Pela aposta inquestionável e por todo o apoio, concreto e afetivo, que permeou este percurso.

Ao Vinicius, por ser um verdadeiro companheiro e ter oferecido as condições ambientais suficientemente boas para a maternagem desta dissertação. Pela compreensão diante das ausências e por ser fonte de sustentação e segurança nos momentos mais difíceis. Pelo estímulo e companheirismo que deram novos coloridos ao significado de parceria.

À Isadora, que, “desde sempre” sonhou e continua sonhando meus caminhos na psicanálise. Pela aposta e incentivo que não esmoreceu, mesmo nas travessias mais desafiadoras. Pela leitura atenciosa e carinhosa de cada pedacinho desta dissertação. Pelo *holding*, em todos os seus mais variados sentidos. Pela presença contínua, sempre acolhedora, fortalecedora e inspiradora, trazendo segurança mesmo para os espaços mais inconstantes da vida. Este trabalho é nosso.

Ao professor Luiz Celes, por me acolher generosamente em seu grupo de pesquisa, promovendo a abertura dos caminhos teóricos que tornaram este trabalho possível. Pela aposta, pela postura ética e continente e pela grandeza teórico-clínica com que orientou este trabalho, permitindo que ele acontecesse no meu ritmo e com a marca dos meus passos. Minha enorme gratidão.

À Nadja, pela generosidade em emprestar o seu olhar tão sensível, em compartilhar de sua grandeza clínica e humana. Pelas metáforas inspiradoras, pela presença esperançosa e continente com a qual acompanhou este percurso acadêmico. Pela leitura cuidadosa, precisa e carinhosa dos capítulos, por todas as inúmeras e valiosas contribuições. Este trabalho não seria o mesmo sem a sua *companhia viva*.

À minha analista, por me proporcionar os mergulhos mais profundos no inconsciente e acompanhá-los com sua presença viva, criativa e acolhedora. Pela postura asseguradora, que inspirou tantas costuras e tanta esperança, mesmo nos momentos mais adversos e desafiadores, facilitando, de muitas maneiras, o nascimento desta dissertação.

À minha irmã, Camilla, pelo seu olhar carinhoso e cheio de aposta, pela alegria que é ter a sua presença viva e dinâmica ao longo dos anos e do nosso crescimento, proporcionando-me tanto companheirismo e cumplicidade.

À Aline, pela parceria de tantos anos, que compartilha e realiza sonhos. Pelo colo, pelo cuidado e carinho com que segurou a mim e a este trabalho. Pelas palavras certeiras, transmitidas com a sua segurança singular, incentivando decisões difíceis, que fizeram desta dissertação possível.

À Mayarê, por apostar no meu psiquismo e na concretização deste trabalho, pelo encorajamento nas horas difíceis e pela torcida contínua. Pela leitura do terceiro capítulo e por ter participado, de tantas formas, das reflexões aqui presentes.

Ao Henrique, por compartilhar de mais este percurso na saúde mental. Pelas inúmeras trocas que dividiam e aliviavam as dores desta gestação. Pela leitura atenta dos meus primeiros passos, pelo encorajamento e aposta sincera, pela amizade.

À Tânia Inessa, por ter nutrido e enriquecido os primórdios da minha formação clínica com a sua escuta sensível e seu olhar humano para a saúde mental. Muitos frutos do que ali foi semeado foram colhidos aqui. Por aceitar participar de mais esta etapa do meu percurso acadêmico.

Ao Tales Ab'Sáber, pelas inestimáveis e memoráveis contribuições no grupo de estudos sobre a Interpretação dos Sonhos.

À Thereza Kehl e ao Renan Nascimento pela confiança na minha clínica, que inaugurou tanto do que se encontra, mais maduro, aqui. Pela aposta fértil nos meus primeiros passos, responsável por tantos frutos. Pela amizade e pelo estímulo encorajadores.

À Maria Fernanda Lenzi, por acompanhar anos de clínica com a sua escuta atenta, por todas as trocas ricas e frutíferas.

À Duda, que me proporciona o privilégio único de viver uma amizade que é testemunha de tanto crescimento. Por, ao longo de tantos anos, podermos sempre nos reencontrar e encontrar refúgio na presença uma da outra. Pelo carinho e incentivo que segurou momentos tão difíceis deste percurso!

À Nath, que me inspira a cada passo, como se estivesse mesmo dançando pela vida. Pela sua postura encorajadora, sincera, forte e criativa, que traz sempre um olhar mais tranquilo aos momentos tempestuosos. Pela amizade tão leve e tão segura, tão calma e alegre, pela continuidade de sua presença.

Aos meus alunos, por compartilharem da rica e fecunda experiência de transmissão de conhecimento, por me estimularem com os seus olhares intrigados e curiosos, cheios de frescor. A todos que de alguma forma fizeram parte do meu percurso e sonharam comigo este mestrado.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

Resumo	07	
Introdução	09	
 Capítulo 01. Uma introdução ao pensamento de Donald Winnicott.		
Primeira parte: Uma breve apresentação do autor	20	
1.1. O trajeto pessoal e clínico	20	
1.2. A construção da psicanálise winnicottiana	24	
Segunda parte: O desenvolvimento emocional primitivo e a constituição psíquica	29	
1.3. O ambiente facilitador e a continuidade de ser como terreno do amadurecimento ...	38	
1.4 A ilusão de onipotência e a construção do espaço potencial	52	
 Capítulo 02. Os funcionamentos psicóticos		68
2.1. A condição emocional do ambiente e sua repercussão nos cuidados	79	
2.2. O ambiente que falha e a constituição psíquica a partir do fracasso ambiental	87	
2.3. A reorganização defensiva e o colapso das defesas	101	
 Capítulo 03. O encontro com os funcionamentos psicóticos e o manejo clínico		115
3.1. A clínica da regressão à dependência, do colapso e da esperança	131	
3.2. O analista, o seu psiquismo e o trabalho de psicanálise	143	
 Considerações finais		155
Referências Bibliográficas	161	

RESUMO

Esta pesquisa aborda a clínica com os funcionamentos psicóticos e o manejo do analista. Explora-se aqui a constituição psíquica e o desenvolvimento emocional primitivo a partir do aporte winnicottiano, ressaltando a relevância do ambiente para o amadurecimento do sujeito e para sua saúde psíquica. Diante destas reflexões, aborda-se as relações entre o fracasso adaptativo ambiental, com a sua qualidade de ruptura na continuidade de ser do bebê e as raízes dos funcionamentos e dos traços psicóticos da personalidade. A partir do diálogo com outros autores, discute-se os funcionamentos psicóticos com base em uma perspectiva elástica, que considera a maleabilidade psíquica e força integradora do psiquismo, que insiste em inscrever as vivências que não tiveram lugar na historicidade psíquica do sujeito, que não puderam ser experimentadas. Por fim, tece-se reflexões sobre o manejo na clínica psicanalítica, a partir de uma postura esperançosa, que aposta no potencial das trocas clínicas, no potencial do analista de acolher fenômenos com uma qualidade grave de dor, e, a partir dessa dinâmica trazer a eles algum caráter de experiência, de continuidade.

Palavras-chave: funcionamentos psicóticos; psicose; constituição psíquica; desenvolvimento emocional primitivo; manejo; clínica psicanalítica; Winnicott.

ABSTRACT

This study approaches the psychoanalytic clinic with psychotic functioning and the handling promoted by the psychoanalyst. It explores the psychic constitution and the primitive emotional development from the Winnicottian contribution, emphasizing the relevance of the environment for the maturing of the individual and for his psychic health. In the light of these reflections, the relations between the environmental adaptive failure, with its quality of rupture in the continuity of the baby's being and the roots of the psychotic traits and functioning of the personality, is approached. From the dialogue with other authors, psychotic functioning is discussed based on an elastic perspective, which considers the psychic suppleness and integrative force of the psyche, which insists on inscribing the experiences that did not take place in the psychic historicity of the subject, that could not be experimented. Finally, this research reflects on the management and handling of the analyst in his psychoanalytic clinic, exploring this discussion based on a hopeful attitude, which bets on the potential of clinical exchanges, on the analyst's potential to receive and hold phenomena of a severe quality of pain, bringing them, by this attitude, some character of experience, of continuity.

Keywords: psychotic functioning; psychosis; psychic constitution; primitive emotional development; handling; psychoanalytic clinic; Winnicott.

Introdução

A escolha deste tema de pesquisa advém do meu percurso clínico e acadêmico, que me conduziu às inquietações e ponderações que motivam esta escrita e que apresentarei brevemente. Desde meados da graduação, um interesse crescente pelos processos de constituição psíquica e pelo manejo do analista frente a quadros de maior dependência do sujeito vem compondo as minhas reflexões. Esse interesse iniciou-se teoricamente e pôde crescer a partir de experiências clínicas. A primeira delas como acompanhante terapêutica de crianças autistas, atividade que durou dois anos e favoreceu um aprofundamento nos processos primários do desenvolvimento infantil, convidando a reflexões inquietantes sobre a sensibilidade do psicoterapeuta e atestando a suma importância de uma intervenção precoce. Pude intervir em momentos de crise, nos quais aprendi muito sobre a minha disponibilidade psíquica e corporal para estar com essas crianças de forma continente e terapêutica.

Intrigada pela intensidade e precocidade das defesas psíquicas de invulnerabilidade e pela relação delas com o ambiente primário do infante, iniciei meus estudos na teoria winnicottiana, que muito me estimularam a compreender as relações entre o ambiente e os primórdios do desenvolvimento emocional e psíquico. Um aporte teórico com o qual vim a me identificar e que me amparou para que eu pudesse elaborar o que se passava nas trocas clínicas. A partir de então, pude começar a integrar melhor minhas intuições e percepções na presença das crianças, com o embasamento teórico, podendo aprimorar minha postura, escuta e manejo.

Em seguida, tive a oportunidade de viver outra rica experiência, um estágio supervisionado no campo da saúde mental, em um CAPS – II. O trabalho com indivíduos em sofrimento psíquico grave – que tinha duração inicial de seis meses, e acabou se prolongando por

dois anos – foi extremamente envolvente, estimulante e desafiador. Uma experiência que demandou muito de minha criatividade e flexibilidade, enriquecendo a minha capacidade de promover uma sustentação segura e de suportar as regressões à dependência. A partir dessa vivência, pude aprofundar-me na compreensão do desenvolvimento emocional primitivo e das primeiras trocas entre bebê e ambiente – elementos que pude conhecer e acessar também em meus pacientes adultos.

O enlace entre a clínica institucional com sujeitos em funcionamentos psicóticos, a clínica com crianças e a teoria winnicottiana foi aprimorando a minha capacidade de reconhecer elementos da vida primitiva nos estados regressivos de meus pacientes e de sentir e acolher comunicações não-verbais, que muito me diziam sobre o que havia acontecido em um registro pré-palavra.

A experiência na saúde mental, com indivíduos em sofrimento psíquico grave, me sensibilizou para uma escuta do primitivo em todos os meus pacientes, convocando-me a pensar a importância de uma escuta que vai além da palavra, bem como de um manejo mais elástico, que possa se adaptar às necessidades singulares de cada sujeito, favorecendo o seu processo contínuo de vir-a-ser (Winnicott, 1945/2000, 1959-1964/2007, 1962b/2007; Ferenczi, 1928a/2011). Algo que acontece por meio de trocas sensíveis, coloridas pela transferência do paciente e contornadas pelo trabalho de psicanálise (Celes, 2005), que é, antes de tudo, uma experiência humana que torna possível viver algo constituinte de si, dentro de uma relação.

As reflexões de Winnicott muito vieram a acrescentar à minha experiência institucional, trazendo ricas contribuições à minha forma de trabalhar e à possibilidade de realizar uma escuta psicanalítica em diversos enquadres. Em especial, no contexto da saúde mental, sua teoria me trouxe um olhar otimista e esperançoso para fenômenos como a regressão à dependência e o

colapso, encorajando-me a apostar no potencial de saúde que neles reside. Isto é, a reconhecer a potencialidade integradora destes fenômenos, quando podem ser acolhidos por um manejo delicado e sensível – o que não deslegitima a qualidade intensa dessas experiências clínicas, que muito demandam de nossa disponibilidade psíquica, podendo nos mobilizar profundamente.

A sua concepção de saúde traz um olhar revigorado, em especial quando trabalhamos com sujeitos em funcionamentos psicóticos. Ao pensar a relevância do ambiente para a saúde e para os processos constitutivos do psiquismo, o autor abre espaço para pensarmos as falhas ambientais precoces e suas repercussões na saúde psíquica – entendendo que, quando o ambiente falha em um grau e frequência maiores do que o bebê pode suportar, com seus recursos ainda precários, ele acaba precisando se defender. A defesa, primitiva e também precária, vem protegê-lo do contato com as angústias insuportáveis que experimentou diante das falhas ambientais.

A patologia em Winnicott aparece portanto intimamente associada ao padrão defensivo, e a como ele influencia o amadurecimento individual. O autor entende que o arranjo de defesas que protege o sujeito contra ansiedades primitivas é o que congela o desenvolvimento. A saúde, por sua vez, seria expressa por critérios¹ sutis, relacionados à liberdade de ser si-mesmo, à possibilidade de viver afetos ambivalentes, a uma vida com sentimentos de confiança, e com espaço para a criatividade, na qual é possível sentir-se real – vivendo a partir de uma realidade psíquica em que há riqueza. Para Winnicott, ser saudável é poder continuar amadurecendo; há, em seu pensamento, um forte vínculo entre saúde e amadurecimento (Winnicott, 1967d/2016).

A saúde se apresenta, assim, na flexibilidade, na possibilidade de transitar, para frente e para trás, no desenvolvimento. E, portanto, Winnicott associa o sofrimento e o adoecimento ao enrijecimento dos estados psíquicos e da criatividade. Citando o autor: “tendemos a pensar na

¹ Tais critérios refletem também, para Winnicott, os objetivos do trabalho psicanalítico.

saúde em termos do estado das defesas do ego. Dizemos que há saúde quando as defesas não são rígidas” (Winnicott, 1967a/1975, p. 157).

Outro psicanalista que dialoga com esta concepção é Ferenczi (1928a/2011), que associa a saúde psíquica à possibilidade de uma existência elástica. Ele reconhece o sucesso da análise na conquista do analisando de uma maior elasticidade psíquica – que por sua vez foi oferecida pela elasticidade técnica do analista. É a partir dessa conquista que o indivíduo pode viver de forma mais flexível – havendo internalizado a análise e a função do analista, de uma forma que o deixe livre para desfrutar de forma simples a vida.

Como Safra (1998) coloca: “(...) a loucura em si não é nem ruim nem boa. Dependerá de quais condições o indivíduo encontrará na sua relação com os outros para que consiga encontrar um destino satisfatório para ela”. Uma das funções do analista é, portanto, justamente favorecer esse processo, facilitando com que a espontaneidade e as forças criativas do paciente, junto ao trabalho de análise, criem (e assim possam encontrar) um destino, um sentido e um lugar para a forma (sempre única) de existir no mundo².

Assim, partimos aqui de um aporte winnicottiano, preservando e apostando no trânsito e na interlocução de suas contribuições com as de outros autores. Apostamos, sobretudo, no trançar de teorias e de olhares como uma potência criativa que inaugura novas reflexões.

² Segundo Winnicott (1971/1975), nesse sentido, a questão da qual devemos nos ocupar, que eventualmente deve pairar sobre o nosso trabalho é: “sobre o que versa a vida? (...) Para nós é de suma importância reconhecer abertamente que a ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida” (p. 159).

Metodologia

A inspiração para este trabalho decorre de vivências clínicas com sujeitos regredidos e em grave sofrimento psíquico. Assim a sua fundação é construída com base na experiência clínica, e seu corpo a partir do encontro com a teoria, formulando articulações entre esses dois campos. Os pressupostos essenciais da psicanálise nasceram na prática clínica, e, portanto, retiram-se dela os instrumentos para se fazer pesquisa em psicanálise (Mezan, 2014). É nessa metodologia que esta dissertação se ampara.

Dessa forma, a escrita que se desenrola neste trabalho é norteada pelo método de construção do saber psicanalítico, aquele que parte da experiência clínica do analista e segue um modelo epistemológico sujeito-sujeito – o qual considera, para a metodologia psicanalítica, que a produção de conhecimento nasce da relação entre analista e analisando³ (Safra, 2001). Sobre os trabalhos psicanalíticos na academia, o autor acrescenta:

O fato de serem trabalhos que não utilizam a metodologia tradicional, caracterizada pela dicotomia sujeito-objeto, controle de variáveis, não os torna menos rigorosos, pois eles são também feitos com rigor, em uma outra perspectiva. Neles o rigor é dado, principalmente, pela fidelidade aos princípios que norteiam a prática da investigação psicanalítica (Safra, 2001, p. 174).

A interlocução que estrutura esta escrita é entre investigação teórica e investigação clínica. A prática analítica depende de uma capacidade de poder habitar essa posição investigativa, afinal *“a função psicanalítica de alguém não está plenamente estabelecida enquanto o indivíduo não se*

³ Nesta dissertação, nos valem dos termos “analisando” e “paciente” de maneira indistinta.

torna, realmente, um investigador. O ethos da psicanálise demanda investigação sempre para mais além” (Safra, 2001, p. 175, grifos do autor). Assim, este trabalho se inscreve no campo psicanalítico, constituído pelo caráter permanentemente investigativo de Freud e pela sustentação do percurso investigativo nas descobertas clínicas. Aqui, clínica e construção teórica se encontram firmemente entrelaçadas. A metodologia psicanalítica, enquanto método de pesquisa dotado de rigor, porta essa herança investigativa, buscando abordar clinicamente os fenômenos, sem encerrar-se em seu propósito, mas, ao contrário, mantendo-o sempre aberto, infindável como “um processo investigativo não conclusivo” (Safra, 2001, p. 173).

Com amparo nessas premissas, entendemos que a escrita para o psicanalista não é somente um meio, mas também um fim, já que “todo o trabalho que fazemos, inclusive o da escrita, só tem sentido se alimentar, cuidar e refinar nossa *maneira* de nos dirigirmos a nossos pacientes” (Macedo, p. 221, grifos do autor). O estudo e a escrita rigorosos, acadêmicos, que visam ao alcance de novas construções são dispositivos de crescimento clínico. Segundo Aiello-Fernandes e Aiello-Vaisberg (2012): “a psicanálise como método viabiliza a única articulação verdadeiramente fecunda com a pesquisa universitária, na medida em que esta última se define exatamente pelo cultivo de liberdade para rejeitar antigas ideias quando novos conhecimentos colocarem-nas em cheque” (p. 312). Afinal, a articulação entre originalidade e respeito à tradição é a base da inventividade, do fato original que pode ter valor no campo tradicional (Winnicott, 1967a/1975).

A pesquisa acadêmica mantém viva e vigorosa a interlocução em psicanálise, em especial a interlocução imprescindível entre clínica e teoria. Esta dissertação coloca-se, portanto, no interior dessa troca, por ter raízes na clínica com pacientes em funcionamentos psicóticos, articular-se com a teoria e desembocar novamente na clínica, mais especificamente no manejo clínico.

Assim, a fim de ilustrar as colocações teóricas, de costurar conceitos e de apresentar elementos que enriqueçam a discussão, trazemos recortes de vinhetas clínicas, a partir das quais muitas das reflexões que embasam esta pesquisa foram suscitadas. As vinhetas encontram sua importância ao lançarem o leitor “no interior das peripécias de momentos e texturas clínicas de análises, justificando, ou quase, novas técnicas, atitudes e compreensões” (Celes, 2006, p. 13).

Por isso, uma vez que a discussão contemplada por este trabalho atravessa a clínica como um todo, não se detendo em um determinado caso, reconhecemos valor no uso de vinhetas clínicas, diferentes, por sua vez, da construção de um caso. A escolha das vinhetas tem como intuito expressar o teor e a densidade das trocas clínicas (descrevendo fenômenos que envolvem intimamente a dupla analítica), circunscritas a um dado recorte para servir a fins ilustrativos⁴ – o recorte é portanto escolhido com base no que se pretende discutir e sustentar, sem apresentar aprofundamentos sobre os detalhes ou a história do caso.

Esse relato de vinhetas articuladas à produção teórica na pesquisa acadêmica pode ser considerado, segundo Aiello-Vaisberg (2004) como a apresentação de um “acontecer clínico”:

a transformação do campo psicológico inconsciente é, simultaneamente, o "ser e fazer" do psicanalista, durante o acontecer clínico - que se vai concretizar a partir de suas intervenções verbais e gestuais (...), mas também a atividade essencial do pesquisador psicanalítico, esteja este debruçado sobre o que aconteceu numa sessão ou estudando fenômenos humanos outros (...). Há, pois, um momento fundamental na pesquisa, que é aquele que temos denominado, (...) como "apresentação do acontecer clínico" expressão precisa, que nos indica como se pode obter a transparência necessária ao

⁴ Reconhecemos, no entanto, que os recortes clínicos não possuem somente fins ilustrativos na escrita, podendo instigar novas construções para a análise do caso, bem como enriquecer a articulação entre a clínica e a escrita.

rigor, desde uma perspectiva que considera a produção de conhecimento como empreitada coletiva. O termo "apresentação" é aqui tomado no sentido preciso que assume no interior da obra winnicottiana, vale dizer, como disponibilização de experiências humanas (...) de modo tal a permitir que todo o grupo de pesquisadores possa aí "criar- encontrar" sentido (p. 102).

Portanto, a apresentação de vinhetas se mostra rica e fecunda em seu propósito de compartilhar um vivido clínico, uma construção singular e original dentro de uma relação analítica. Buscamos trazer aqui vinhetas que enriqueçam e aprofundem a discussão da constituição psíquica, dos funcionamentos psicóticos e do manejo clínico.

Objetivos

Tem-se como objetivo geral nesta dissertação sustentar a ideia de que a escuta e o manejo clínico no trabalho com sujeitos em funcionamento psicótico contribuem, sensibilizam e enriquecem o trabalho analítico com todos os pacientes. É um trabalho que nos instiga a escutar como esses estados comparecem também em pacientes ditos neuróticos, e como eles podem se atualizar frente a uma regressão à dependência, facilitada pelo processo analítico, ou frente a um colapso da organização defensiva do sujeito. Por essa razão, acreditamos que esta discussão é pertinente à escuta clínica como um todo, tendo em vista a plasticidade do psiquismo – razão pela qual nos referimos aqui a funcionamentos psicóticos e não a estruturas⁵.

São objetivos específicos desta pesquisa: discutir o desenvolvimento emocional primitivo e a constituição psíquica, refletindo sobre a relevância deste estudo para o manejo clínico; abordar, a partir de um olhar elástico, os funcionamentos psicóticos, bem como as suas raízes, e a relação delas com o fracasso adaptativo do ambiente, em época precoce; trazer reflexões sobre a contratransferência e a ressonância do trabalho de psicanálise no psiquismo do analista, em especial nos casos que mais o requisitam como ego-auxiliar; pensar o manejo clínico do analista como uma atividade sensível, que se inspira na natureza humana das relações, oferecendo, de forma especializada, o natural que não pôde acontecer.

⁵ Este posicionamento é explorado e justificado no capítulo 02, onde abordamos os funcionamentos psicóticos.

Apresentação dos capítulos

No primeiro capítulo, são apresentados os processos de constituição psíquica e o desenvolvimento emocional primitivo a partir da abordagem winnicottiana. Enfatiza-se a importância do ambiente e de sua condição emocional nos cuidados com o bebê enquanto fatores essenciais na promoção de seu desenvolvimento e na conquista de um *self*. Nesse capítulo, busca-se abordar em grande parte o que acontece *quando tudo corre bem*⁶, isto é, quando o ambiente pode se identificar com o bebê e adaptar-se às suas necessidades. Contrapõe-se, por vezes, esse cenário a um no qual *nem tudo corre bem*, ou *muito pouco corre bem*. Essa contraposição teve o intuito de preparar o terreno da discussão para o capítulo seguinte.

No segundo capítulo, são abordados os funcionamentos psicóticos e as angústias e defesas que os caracterizam, com uma reflexão sobre a concepção de uma parte psicótica da personalidade, que pode ou não ser predominante no funcionamento do indivíduo. Também são discutidas as raízes dos funcionamentos psicóticos, localizadas, no nosso entendimento, na interação muito precoce do indivíduo com o seu ambiente. A partir do pensamento winnicottiano, entende-se que as falhas repetidas na adaptação do ambiente às necessidades do bebê levam-no a reagir, provocando quebras na continuidade de sua existência, no seu “vir-a-ser”, que podem comprometer a conquista de um *self*, de uma unidade a partir da qual o “eu” vive e se relaciona, tendo a pele como membrana limitante entre “eu” e “não-eu”. Assim, partindo do olhar winnicottiano, bem como do diálogo com outros autores, discute-se o sofrimento psicótico em termos de uma organização defensiva – construída de modo a proteger o “eu” do contato com as

⁶ Pegamos emprestada essa expressão de Winnicott, usada frequentemente em sua obra.

angústias impensáveis provocadas pelas falhas na adaptação –, e o colapso como um colapso dessa organização, que expõe o “eu” primitivo.

No terceiro capítulo, chega-se à discussão do manejo. Apresentam-se as inovações técnicas que o trabalho clínico com esses pacientes nos obriga a pensar, convocando-nos a trabalhar a partir de uma maior elasticidade de nossa técnica e de uma maior sensibilidade à dimensão associativa não-verbal dessa clínica. Buscou-se refletir sobre como o manejo clínico com sujeitos que funcionam predominantemente a partir da parte psicótica de sua personalidade enriquece o manejo com todos os pacientes, trazendo uma maior abertura da clínica ao primitivo e um convite à escuta dos funcionamentos psicóticos que podem se apresentar, mesmo em indivíduos que se relacionam predominantemente a partir da parte não-psicótica de sua personalidade.

Capítulo 01.

Uma introdução ao pensamento de Donald Winnicott

Primeira parte: uma breve apresentação do autor.

O trajeto pessoal e clínico

Não é tarefa fácil ou simples introduzir este psicanalista e a sua obra. Winnicott não se ocupava muito de organizações lineares de suas ideias, ele as pensava e as exprimia como as peças de um quebra-cabeça: fazem mais sentido juntas e em seu produto final. E assim como um quebra-cabeça, que não nos exige um roteiro na hora de montá-lo, há uma infinidade de formas de apresentar as ideias de Donald Winnicott. O caminho aqui trilhado representa a edificação dessas ideias em meu percurso teórico-clínico.

Winnicott formou-se médico e, durante muitos anos, atuou exclusivamente como pediatra, trabalhando a maior parte do tempo em instituições hospitalares. Foi muito mobilizado e inspirado pelo que viveu durante e após a Segunda Guerra Mundial, período no qual trabalhou com crianças refugiadas, que haviam sido separadas de suas famílias.

Em sua própria atuação pediátrica, ele já sustentava um olhar voltado para o fenômeno psicossomático: defendia um cuidado médico menos impositivo, pois achava importante que o trabalho pudesse também deixar um espaço aberto para que as criações das crianças aparecessem, uma vez que compreendia o sintoma de forma intrinsecamente ligada às criações infantis – uma espécie de tesouro pessoal de cada criança, a produção original de um

sintoma só seu (Ab'Sáber, 2005). Winnicott parecia já propor a promoção de um ambiente de cuidado e tolerância propício às criações, à criatividade humana, que está lá mesmo precocemente. Essa criatividade possui conexões psíquicas associadas às raízes dos adoecimentos, já que “uma boa parte do sintoma do pequeno ser humano, mesmo somático, seria produzido em tais conexões simbólicas não inteiramente conscientes” (Ab'Sáber, 2005, p. 130).

Assim, mais do que pensada, a questão do ambiente começava a ser sentida por ele na clínica pediátrica. Winnicott parecia estar comunicando que já reconhecia o ambiente e a forma como ele é oferecido às crianças como fatores terapêuticos, nos quais vale a pena insistir, para que se possa alcançar uma potencial ampliação do psiquismo infantil dentro das trocas clínicas (Ab'Sáber, 2005, p. 135). Refiro-me aqui a algo que se tornou central em sua teoria: a descoberta da relevância do ambiente para a constituição psíquica – questão que abordaremos mais adiante.

O encontro com a psicanálise, que mudou os rumos de sua carreira, deu-se por meio de um amigo que lhe emprestou um livro de Freud (Winnicott, C., 1989/1994). Interessado em seus próprios sonhos após a guerra, Winnicott conheceu a *Interpretação dos sonhos* (Freud, 1900/2012), obra que estabeleceu o seu primeiro contato com a psicanálise e com a criação freudiana (Ab'Sáber, 2005). A partir de um gesto espontâneo e criativo Winnicott busca a psicanálise, abrindo um novo caminho dentro da medicina e inaugurando o seu “vir-a-ser” psicanalista.

A partir de sua análise pessoal, Winnicott chegou até Melanie Klein, que se dedicava à clínica psicanalítica com crianças, tendo muito a dizer sobre as ansiedades infantis, mesmo as mais precoces (Winnicott, 1962/2007). Apesar de não se filiar à corrente de kleinianos que se formava na Sociedade Britânica de Psicanálise, foi crucial para a formação do pensamento

psicanalítico de Winnicott poder aprender com Klein e aprofundar-se na riqueza de suas descobertas, que ela comunicava com generosidade (Winnicott, 1962/2007). Seu olhar sofisticado para a realidade psíquica interna e para os processos precoces de introjeção e projeção, o conceito das posições esquizoparanoide e depressiva, e a possibilidade de transitar entre elas em diferentes momentos da vida, bem como o reconhecimento da precocidade da agressividade foram heranças carregadas por Winnicott, assim como outras inúmeras contribuições que iluminaram o mundo interno da criança.

Ele já chegou a esse encontro com uma significativa compreensão do legado de Freud (Ab'Sáber, 2005), o que lhe permitiu transitar entre ideias, mestres e a sua própria originalidade – inclusive porque se aproximou da psicanálise e dos debates psicanalíticos da Sociedade Britânica de Psicanálise em um momento de forte conflito, quando as controvérsias sobre a análise de crianças, entre Melanie Klein e Anna Freud, ocupavam grande parte do cenário. Ele sentia que esses conflitos teóricos dificultavam “o pensamento livre” (Winnicott, 1962/2007, p. 156) e evitava se posicionar, sendo por isso considerado parte do Grupo Independente, ou grupo do meio, que não se afiliava estreitamente a nenhuma das duas. Mesmo não assumindo uma postura de liderança (era reconhecido, mas não tão levado a sério), foi eleito presidente da Sociedade Britânica de Psicanálise pelos colegas, por duas vezes (Outeiral, 2007; Khan, 1958/2000).

De fato, não era comum Winnicott afiliar-se teoricamente, as ideias de outras pessoas só ganhavam sentido para ele quando podiam passar pelo fino pente de sua experiência clínica (Winnicott, C., 1989/1994). Para ele, era sempre a experiência que consolidava o terreno para a formulação de novas ideias, que confirmava ou questionava as teorias. Em suas palavras: “o que ocorre é que eu junto isto e aquilo, aqui e ali, volto-me para a experiência clínica, formo minhas

próprias teorias e então, em último lugar, passo a ter interesse em descobrir de onde roubei o quê” (Winnicott, 1945/2000, p. 218).

Seus achados foram sempre primeiramente clínicos, suas descobertas nasceram da sua disponibilidade afetiva para o outro, da possibilidade de observá-lo e acompanhá-lo, a qual posteriormente o levou a formular ricas contribuições teóricas e a pensar um manejo analítico que pode se adaptar a diferentes necessidades e funcionamentos. No entanto, não se deve confundir essa postura com um descaso à tradição psicanalítica, da qual ele nunca teve intenção de se dissociar, buscando manter abertas as vias de conexão entre tradição e inovação em psicanálise (Winnicott, 1969/1994).

Em carta a Harry Guntrip, ele declarou: “a meu ver quaisquer teorias originais que eu possa ter só são valiosas na condição de desenvolvimento da teoria psicanalítica freudiana comum” (Winnicott, como citado em Ab’Sáber, 1997, p. 06). Nesta postura residia a repetição do gesto original freudiano – a criação contínua de espaços, até então não sonhados, que podiam iluminar e esclarecer a vida psíquica (Ab’Sáber, 1997).

A experiência pediátrica possibilitou-lhe um contato e observação muito próximos com as díades mãe-bebê, e, desse lugar privilegiado (de convergência e diálogo entre a pediatria e a psicanálise), ele vai se interessando em dizer o que ainda não havia sido dito sobre essas relações precoces no âmbito psicanalítico. Costurando o pensamento psicanalítico com uma observação atenta aos bebês e às suas primeiras relações, Winnicott pensa as diversas nuances da qualidade dos cuidados maternos e ambientais e a importante relação existente entre tais cuidados e a saúde dos bebês – já que atesta, pela experiência, que também “os bebês podem ficar emocionalmente doentes” (Winnicott, 1962/2007, p. 157).

Segundo Clare (1989/1994), a convergência entre a experiência pediátrica e o encontro com a psicanálise, justo quando esta se debruçava no estudo das experiências iniciais de vida, foi determinante para os rumos que o pensamento de seu companheiro tomou. Ela acreditava que a construção de sua obra levou a “descobertas que lançam luz sobre todas as áreas do viver”. Porém, a seu ver, a principal contribuição de Winnicott foi provavelmente no âmbito do estudo dos “relacionamentos iniciais e da aplicação dele à *etiologia das psicoses e dos mecanismos psicóticos em todos nós*” (p. 2, grifos nossos). Contribuição que desenha aqui os rumos que nos dedicamos a explorar, nesta dissertação.

Portanto, transitando entre a herança freudiana, as descobertas kleinianas e a sua clínica pediátrica, Winnicott pôde associar a profunda compreensão dos processos psíquicos do bebê às interações precoces com o ambiente, às origens da criatividade e da ilusão – desenvolvendo, assim, concepções originais sobre os primórdios da vida psíquica e seus entraves, explorando as raízes do sofrimento psíquico que aí se encontram.

A construção da psicanálise winnicottiana

Winnicott, enquanto autor, ocupava-se mais da comunicação de suas ideias do que da sistematização delas. Ele privilegiava uma forma acessível de se comunicar, a partir de uma oratória simples, clara e não necessariamente requintada. O interesse e a preocupação em ser bem compreendido são marcas nítidas em seus escritos, nos quais, inclusive, ele não se importava de

repetir ideias já apresentadas, sempre que julgava necessário. A discussão buscava favorecer exclusivamente a compreensão de seus interlocutores.

Como nos diz Outeiral (2007), a clínica e a experiência eram, para Winnicott, soberanas em sua forma de pensar a psicanálise. Winnicott entendia o seu modo de trabalhar como uma representação essencial e inseparável de sua personalidade e incentivava os colegas ao redor a encontrar, cada um, seu modo pessoal de clinicar. Trabalhava privilegiando a própria liberdade associativa, assumindo um estado de “associar com”, e só considerava um caso inalisável quando encontrava obstáculos significantes em suas particularidades pessoais (Little, 1990/1992).

Este psicanalista ingressava na experiência sem as defesas do seu saber, ficando tão exposto quanto possível ao impacto de cada cenário e contexto. Isso era “mais do que uma postura, era uma disciplina essencial”, a única pela qual o trabalho e as descobertas verdadeiramente aconteciam (Winnicott, C. 1989/1994, p. 02). O trabalho institucional, com sua demanda intensa e enquadre necessariamente flexível, foi estimulante para a criatividade técnica de Winnicott, que já carregava consigo a escuta e a ética psicanalíticas para os diversos espaços em que circulava. Havia nele uma disposição afetiva ao trabalho de psicanálise, o qual ele inaugurou a partir de uma posição elástica, aberta à adaptação criativa diante das necessidades dos pacientes – conforme elas compareciam – e utilizando o que tinha ao seu alcance para favorecer o trânsito das trocas entre paciente e analista.

Assim, em um primeiro momento, o fundamental para Winnicott era poder viver a experiência, nutrido pela teoria, porém sem se deixar limitar por ela, podendo suportar uma postura aberta ao outro, sustentando um lugar de não saber. Isso abria espaço para uma técnica que podia ser adaptativa sem, no entanto, perder o seu foco (ou a necessária distância entre analista e analisando). A partir dessa postura aberta e criativa, incorporação viva da premissa

freudiana, ele concebeu várias inovações técnicas, como o jogo do rabisco, o jogo da espátula, as consultas terapêuticas e a análise sob demanda (Winnicott, 1977/1987; Abram, 1996/2000). Em um segundo momento, a posteriori, ele pensava as trocas clínicas e as costurava com a teoria, atividade que ia constantemente refinando a sua técnica e o inscrevendo profundamente no campo psicanalítico, inaugurado pela postura continuamente investigativa de Freud – pesquisador devoto que nunca abandonou a infundável tarefa de costura entre uma experiência clínica aberta a descobertas, uma meticulosa construção teórica e o eterno retorno à clínica, em toda sua disposição afetiva ao trabalho de psicanálise.

A despreensão presente na postura de Winnicott atravessa toda a sua obra, permeando também a sua maneira de elaborar conceitos – como ilusão de onipotência, mãe suficientemente boa, preocupação materna primária, *holding*⁷. *Holding*, por sua vez, que podemos experimentar enquanto leitores, na peculiaridade de uma escrita que comunica ao mesmo tempo em que nos sustenta; que informa ao mesmo tempo em que nos apoia, acompanha. Ele parece já entender (a partir da experiência e da abertura à espontaneidade no trabalho) que a comunicação humana tende a ser mais bem-sucedida quando precedida e acompanhada por um ambiente acolhedor.

Suas ideias vão sendo formuladas no trabalho com bebês e crianças muito pequenas, e passam a compor novos paradigmas para a compreensão da constituição psíquica e da etiologia dos sofrimentos psíquicos graves, em especial os que não são de natureza predominantemente neurótica. São paradigmas que trazem em si o reconhecimento

⁷ Teremos que falar de alguns conceitos antes de chegarmos ao momento de nos debruçarmos sobre eles. Assim, embora estejamos nos referindo precisamente a essa característica do autor neste momento, o termo *holding* será mais bem esmiuçado no decorrer do capítulo. Porém, para fins de uma elucidação mínima, necessária neste ponto, acrescento que o *holding* (termo que não encontrou equivalente justo em nossa língua) se aproxima da ideia de sustentação – sustentação física e psíquica que a mãe faz pelo seu bebê e que o analista faz pelos seus analisandos. O *holding* em termos de manejo será discutido no terceiro capítulo.

do psiquismo enquanto instância que nasce no “entre” – entre ambiente e bebê, entre satisfação e frustração, entre concepção e percepção, entre dentro e fora. Um psiquismo eternamente em trânsito e em conflito – incorporando a premissa metapsicológica.

As suas construções, ao mesmo tempo em que se referenciam à tradição psicanalítica, convidam o interlocutor a novas articulações sobre a qualidade mais arcaica e precoce do psiquismo, a partir de um olhar próprio e singular. Com isso, o que buscamos dizer é que Winnicott transportou os pressupostos freudianos para a sua clínica – como o aspecto estruturante do complexo de Édipo e as neuroses que dele derivavam – porém, ao estar muito próximo dos bebês, pôde atestar que existiam dificuldades significativas que iniciavam-se mais cedo na vida psíquica, compreendendo que “profundo em psicologia nem sempre quer dizer precoce” (Winnicott, 1962/2007, p. 161). Dessa forma, o autor vai construindo a noção de que existe uma dinâmica prévia ao complexo de Édipo, que merece ser compreendida e estudada, pois há um momento da existência do bebê em que não é relevante considerar a triangulação das relações,

mas sim a dualidade da relação inicial e exclusiva – que, do ponto de vista do bebê, não é nem reconhecida como tal, já que o outro, separado e externo ainda não existe para ele (Winnicott, 1963a/2007).

E assim, para os interlocutores de Winnicott, instalava-se o paradoxo (característica marcante, quase paradigmática de sua obra): esse sujeito falava de coisas tão visivelmente claras, mas, ao mesmo tempo, tão pouco exploradas (Khan, 1958/2000). Paradoxos que, ao longo do tempo, foram colorindo a teoria winnicottiana, a sua compreensão do psiquismo e que, segundo o autor, devem ser tolerados, não questionados ou resolvidos (Winnicott, 1971/1975).

O acesso a matérias primitivas da vida, universais na experiência humana, suscitaram novas resistências a quem se aproximava de sua obra. Resistências muito diferentes da repressão, que decorrem de sentir que uma “área sagrada está sendo invadida” (Winnicott, 1969/1994, p. 196). Sagrada porque representa o espaço em que as primeiras experiências de confiança puderam acontecer, em que o viver criativo se inaugurou (Winnicott, 1967a/1975). A resistência diante da sensação de violação destas zonas imaculadas contribuiu para que Winnicott fosse desdenhado pelos colegas analistas, de forma polida, mas consistente. Foi uma figura revolucionária e desconfortável, assim como Freud (Khan, 1958/2000).

Levou tempo até que Winnicott pudesse ser bem recebido e, inclusive, compreendido. Afinal, “para compreender D. W. W. é necessário *brincar* com o seu pensamento” – primeiro brincar, depois compreender a brincadeira dentro da teoria (Outeiral & Graña, 1994, p. viii). Ideia que reflete o seu “jeito de ser” clínico: em primeiro lugar o brincar (a experiência, livre e criativa), depois a construção, a compreensão. Assim, foi a partir da experiência clínica e do brincar que Winnicott construiu seu arcabouço teórico. Uma obra cheia de colorido e repleta de paradoxos, cuja construção nunca envolveu linearidades, mas sim trocas fluidas e elucidativas entre os conceitos, formando uma teia conceitual bastante complexa e dinâmica.

À medida que nos aproximamos de seus textos, percebemos que a sua obra vai, ao longo dos anos, se complementando, se explicando; e que alguns conceitos ficam mais claros quando compreendemos outros, ou seja, conforme vamos compreendendo o conjunto da obra – já que, em geral, é difícil alcançar a elucidação avulsa de um conceito. É como se os conceitos, enquanto elementos ou partes de um todo, funcionassem em uma certa sincronia, dependendo uns dos outros para serem mais bem-compreendidos.

E, especialmente, é uma obra que se esclarece, se enriquece e se mostra mais profunda, à medida que nos aproximamos e vivemos a clínica – conforme podemos, por meio da nossa própria vivência e disposição afetiva, transitar por esse espaço fértil, base de toda a construção do pensamento winnicottiano. As trocas clínicas compõem as vias centrais de apreensão da sua teoria, complementando, por meio da experiência, o sentido de suas ideias e concepções. Um mergulho que quanto mais profundo, mais revelador é das diversas camadas que constituem esse pensamento.

Segunda parte.

O desenvolvimento emocional primitivo e a constituição psíquica

A saúde mental, portanto, é o produto de um cuidado incessante que possibilita a continuidade do crescimento emocional (Winnicott, 1952/2000, p. 306).

Winnicott trouxe contribuições imensuráveis à compreensão clínica de diversos fenômenos de sofrimento psíquico, atendeu um número considerável de crianças, adolescentes e adultos durante sua vida profissional e formulou uma compreensão do indivíduo que contempla o seu amadurecimento, isto é, as conquistas e dificuldades inerentes ao desenvolvimento e à constituição de um “ser si-mesmo”, que perpassam a sua história de vida (Dias, 2008). A ideia é de um processo contínuo pela vida e, ao mesmo tempo, dinâmico,

dentro do qual o indivíduo está sempre em movimento, conquistando e perdendo, mas nunca cristalizado.

A partir dessa concepção distante de ser estanque, Winnicott pensava tanto os fenômenos saudáveis quanto os distúrbios psíquicos e suas raízes (Dias, 2014) – trazendo uma visão esperançosa, que nos encoraja a encontrar, mesmo nos núcleos mais adoecidos, recursos de saúde que cooperam com o trabalho analítico. Afinal, encontrar este ponto do amadurecimento é, muitas vezes, descobrir para onde o trabalho precisa ir, onde estão as necessidades do paciente, que guiarão o trabalho do analista – isto é, darão a este os elementos para pensar o que ele pode oferecer com o seu manejo, de acordo com o que o paciente está pronto para encontrar.

Assim, se o desenvolvimento humano está continuamente em movimento, é porque há sempre algo a ser alcançado, por vezes algo que foi perdido, por vezes algo nunca vivido – experiências que a psicanálise winnicottiana se propôs a explorar. Para alguns pacientes, vai ser a experiência de adquirir autoconhecimento ou de se relacionar melhor, para outros, o interesse pode estar em experiências mais sensíveis e sutis, como a de ser conhecido pela pessoa do analista e de dividir experiências, de viver a dois algo ainda não vivido e que é verdadeiro. Necessidades que variam para cada um (de acordo com a qualidade das primeiras vivências), bem como variam no processo, conforme o trabalho favorece novas conquistas.

Essa aposta esperançosa carrega uma noção importante do autor, a de que a criatividade (enquanto potencial psíquico que concebe, que cria o mundo de cada um) está presente desde cedo e nunca é completamente destruída, sempre haverá espaço para que algo

seja criado, e esse espaço se amplia conforme o ambiente facilita (Winnicott, 1971/1975, 1988/1990).

Na concepção de Winnicott, o que acontece nessas primeiras experiências é substancialmente importante para o desenvolvimento emocional primitivo do bebê (Winnicott, 1945/2000). No seu entendimento, o início da existência se dá a partir de um estado não integrado, isto é, um estado no qual o bebê ainda não é uma unidade – que implica em possuir um exterior e um interior, diferenciar-se do ambiente, compreender a passagem do tempo, entre outras conquistas. Não há psiquismo formado ainda e, portanto, tais noções estruturantes dos limites da vida psíquica ainda não foram construídas.

Alcançar essas noções, assim como algum grau de integração são conquistas do desenvolvimento. Logo, elas não podem ser presumidas, tendo em vista que dependem da qualidade dos encontros do bebê com o seu ambiente, ou seja, da possibilidade de esse ambiente fornecer apoio e segurança, bem como da capacidade do bebê de integrar essas vivências ao seu “eu” ainda em formação. Em um momento inicial da existência, o bebê encontra-se em um estado constante de “vir-a-ser” (Winnicott, 1945/2000, 1960a/2007, 1988/1990).

Podemos dizer, então, para um começo de discussão, que a vida humana é inaugurada a partir de várias potencialidades. Há um psiquismo e uma integração em potencial. Existem tendências hereditárias e biológicas com as quais espera-se que o bebê possa contar, assim como um ambiente potencialmente facilitador do amadurecimento existe. Para continuar se desenvolvendo, o bebê conta exclusivamente com os cuidados recebidos e com as suas tendências inatas. Mais especificamente, ele conta com um amparo ambiental que o auxilie a fazer uso das suas funções corporais, que, ao se desenvolverem sem entraves, caminham em direção a uma integração egoica (Winnicott, 1963a/2007).

O conceito de ambiente, ao meu ver, é a primeira grande inovação trazida por Winnicott, pano de fundo que colore toda a sua obra – desde os primórdios da vida intrauterina, até o manejo do analista. O reconhecimento inédito da influência do ambiente sobre a saúde e o desenvolvimento emocional embasam todo o seu pensamento.

Inédito, pois até então o entendimento psicanalítico havia se debruçado sobre isso apenas de forma indireta. Já existiam várias discussões sobre o papel materno – e até do ambiente⁸ –, das quais Winnicott não retira o valor (até as utilizando, em alguma medida), porém o foco era maior nos objetos internos, na estruturação edípica e, por vezes, até refugiado na ideia de hereditariedade. A contribuição dele é outra, visto que o ambiente ainda não havia sido a essência da discussão e da exploração psicanalítica. Até meados dos anos 1950, a atenção teórica estava mais voltada ao indivíduo e seu mundo interno do que às interações do indivíduo com o ambiente – essa contribuição devemos a Winnicott (Abram, 1996/2000).

Inclusive, o autor considera um alívio pessoal, assim como uma importante conquista para a psicanálise, ter finalmente atravessado o longo período no qual a referência aos bebês se resumia a discutir os objetos internos e as pulsões eróticas e agressivas. Pois, após transpor essa fase do percurso, foi possível chegar a um olhar mais amplo sobre aquilo que o bebê vive – um olhar que inclui o ambiente do qual ele é parte e que é parte dele (Winnicott, 1969/1994).

Precisamos ressaltar que a pediatria (atividade da qual Winnicott nunca se desligou completamente) foi um importante ponto de partida para que ele viesse a tecer essas construções. A partir dessa herança e, portanto, do convívio frequente com mães, pais e seus bebês, Winnicott pôde captar a realidade essencial dos primórdios da vida psíquica. Algo que compõe a dupla mãe-

⁸ As contribuições de Ferenczi (1928/2011, 1929/2011), apesar de pouco difundidas na época, já traziam destaque à importância da família, do desmame e da forma pela qual a criança é acolhida pela família, pensando estes fatores enquanto elementos constituintes do psiquismo e portanto também como fontes potenciais de sofrimento psíquico.

bebê (que compõe em especial a existência do bebê) e perpassa a faceta mais intuitiva e devotada do cuidado humano: “o *fato* da dependência” (Winnicott, 1970/2013, p. 73, grifos do autor).

“Se olharmos para um bebê, vemos um bebê que está sendo cuidado” (Winnicott, 1961/1994, p. 59). Com esta convidativa simplicidade (que, no entanto, transporta uma densa reflexão), Winnicott chama a atenção para o fato de que não é possível fazer referência a um bebê sem nos referirmos também à pessoa que realiza a função materna, de quem ele ainda depende e não se separou, do ponto de vista psíquico (Winnicott, 1962/2007).

Logo, se vamos realmente descrever o bebê, temos que incluir na descrição o ambiente do qual ele depende e que, portanto, faz parte de quem ele é e virá a ser – afinal, a história dos primórdios da vida do bebê é também a história de quem dele cuidou (Winnicott, 1971/1975). A descrição estaria incompleta se não considerasse que o bebê é um fenômeno complexo, ou seja, se não levasse em conta tanto o seu potencial e criatividade quanto o meio que o recebe e a qualidade dos cuidados oferecidos (Winnicott, 1969/1994).

Endereçar e reconhecer o fato da dependência envolve implicitamente o reconhecimento do ambiente, da condição inicial da vida humana e dos estados de desamparo que compõem a existência primitiva dos bebês, que “são necessariamente afetados por tudo o que acontece” (Winnicott, 1970/2013, p. 74). A implicação da dependência é a implicação do fator ambiental no olhar psicanalítico, desafio do qual, na opinião do autor, tanto Freud, quanto Klein se desviaram, acabando por atribuir coisas demais à hereditariedade (Winnicott, 1971/1975).

A dependência é, no meu entendimento, um dos principais termômetros que Winnicott usa para entender o amadurecimento. Ele enxerga, no desenvolvimento humano, uma progressão decrescente entre as qualidades da dependência, começando por uma de caráter absoluto, passando para uma relativa e finalmente se caracterizando por uma interdependência, um estado

contínuo de estar rumo à independência, nunca plenamente atingida. No entanto, para o autor, as conquistas do desenvolvimento não são estanques: uma vez alcançadas, elas não ficam estacionadas. Perde-se e conquista-se a vida toda, o amadurecimento não finda. E, por essa razão, é possível regredir nos graus de dependência na situação analítica (e também diante de acontecimentos traumáticos)⁹.

Esse olhar elástico para o amadurecimento, que não o enxerga a partir de estágios do desenvolvimento, comporta em si a herança kleiniana do conceito de posições – que postula a presença de um dinamismo, de uma possibilidade de trânsito entre funcionamentos distintos, enquanto uma marca de saúde, de um ego não enrijecido (Winnicott, 1954a/2000, 1970/2013; Klein, 1952/1991).

A experiência da dependência absoluta caracteriza os primeiros meses de vida do bebê, nos quais ele vive um estado não integrado e fusionado à figura materna – nesse momento, a sua existência engloba os cuidados recebidos e a relação de dependência com estes estabelecida (Winnicott, 1963a/2007). Por isso, ele não tem qualquer “controle sobre o que é bem ou mal feito, mas apenas está em posição de se beneficiar ou de sofrer distúrbios” (Winnicott, 1960a/2007, p. 46).

Sem aparelho psíquico formado, o bebê não tem meios para reconhecer a própria dependência e considerar a qualidade dos cuidados que recebe. Sem poder se conscientizar das provisões recebidas ou entender que elas não são parte de si (Winnicott, 1963a/2007), tanto o amparo que é bem-sucedido quanto o que não é se tornam, de algum modo, parte da existência do bebê, parte daquilo que compõe e deixa marcas em seu psiquismo. As vivências do indivíduo,

⁹ No entendimento de Winnicott, as regressões podem acontecer em vários contextos, sendo o conceito de “regressão à dependência” uma releitura sua do conceito de regressão de Freud (1959-1964/2007, p. 117). A regressão à dependência na situação analítica será objeto de discussão do terceiro capítulo.

mesmo as mais precoces, jamais se perdem para ele (Winnicott, 1968/2013). Nas palavras do autor:

Os bebês (...) estão o tempo todo tendo *experiências que se armazenam em seus sistemas de memória*, de uma forma capaz de dar-lhes confiança no mundo ou, pelo contrário, de deixá-los com falta de confiança e com a sensação de serem um pedaço de cortiça no oceano, um brinquedo das circunstâncias (Winnicott, 1970/2013, p. 74, grifos nossos).

Esta confiança, que contribui para o desenvolvimento de uma personalidade humana, só pode ser conquistada se o bebê conta com um ambiente que lhe oferece amparo e sustentação de forma consistente, sensível e contínua – é a partir disso que “a base da saúde mental é estabelecida” (Winnicott, 1963c/2007, p. 232).

Assim, chegamos ao já anunciado conceito de *holding*, contribuição valiosa ao manejo clínico e à transferência. Um termo que não pôde ser traduzido sem sacrificar a riqueza que essa palavra expressa na língua original, na qual ela condensa ideias que remetem a: sustentar, segurar, dar suporte, manter seguro; manter em um estado ou relação específica; impedir que caia; manter-se próximo ou agarrado; permanecer ligado a outro; ser uma força que tranquiliza ao mesmo tempo em que exerce uma influência dominante, que ampara, contém e assegura. Escolhemos aqui fazer uso do termo “sustentação”, sem deixar de lado tudo o que este conceito engloba no presente contexto (Winnicott, 1967/2013).

Primeiramente, faço referência à sustentação física, corpórea, que satisfaz fisiologicamente algumas necessidades do bebê, protege-o de agressões, de ser machucado, e considera as suas sensibilidades cutâneas, auditivas e visuais (Winnicott, 1960a/2007). O *holding*

é a provisão ambiental de que o lactente¹⁰ necessita na fase de dependência absoluta, já que leva em conta a empatia materna diante da vulnerabilidade de seu bebê, amparando-o e protegendo-o (Winnicott, 1960a/2007). E os seus significados ampliam-se, conforme o bebê cresce e seu mundo torna-se mais complexo e profundo.

Além disso, é na sensibilidade e nos detalhes desse “segurar” que acontecem as primeiras comunicações entre mãe e bebê. É neste momento que os afetos, necessidades e pulsões inerentes à existência são experimentados no corpo, a primeira forma de inscrição possível. Se tudo corre bem, o bebê irá, aos poucos, habitar esse corpo, conhecer seus contornos e ter um psiquismo que aí se ancora (Mariz & Zornig, 2011). O *holding* é o primeiro cuidado que promove o crescimento emocional do bebê: “segurar e manipular bem uma criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação” (Winnicott, 1967/2013, p. 54).

A sustentação confiável do bebê é uma comunicação valiosa em termos afetivos (Winnicott, 1969/1994), posto que essa sustentação, neste momento da vida em que as palavras não chegam até ele, é a única forma pela qual a mãe pode comunicar o seu amor (1960a/2007). Assim, o *holding* é uma sustentação também psíquica: a mãe sustenta o bebê em seu pensamento, lembra-se dele, considera-o, e essa atividade mental dá suporte às necessidades do ego em formação do bebê – já que esse ego, para se constituir, precisa primeiramente ser sustentado por um ego-auxiliar (1960a/2007). Para se integrar, um ego não integrado precisa ser sonhado, concebido por um outro ego, já mais integrado.

Um *holding* suficientemente bom nos primórdios da vida é o que vai integrar os pedacinhos do bebê, transformando-o numa unidade, com interior e exterior, com fronteiras

¹⁰ O termo lactente será também usado para nos referirmos ao bebê, mais especificamente ao bebê que está sendo amamentado, aludindo, portanto, à situação de dependência.

estruturantes, como mencionado anteriormente. Este cuidado essencial é a primeira forma pela qual a mãe pode satisfazer a dependência do bebê, somente a partir daí é possível pensar em um cuidado materno suficiente ou distorcido (Winnicott, 1960a/2007).

Masud Khan (1963/1974), ao relacionar o papel da mãe para Winnicott com o funcionamento do aparelho psíquico para Freud, traz uma rica contribuição. O autor desenvolve a ideia de que a função materna atua como um escudo protetor para o bebê. Para chegar até aí, ele parte das contribuições de Freud em *Além do princípio do prazer* (1920/2010). Neste texto, Freud postula que existe, na camada superficial do psiquismo, voltada para o exterior, uma espécie de crosta, como uma “casca curtida pela ação dos estímulos” (Freud, 1920/2010, p. 187), a qual recebe os estímulos externos e os antepara, impedindo que penetrem o aparelho psíquico com toda a sua intensidade. Esta “*proteção contra estímulos (...)* funciona como um invólucro ou membrana especial” (Freud, 1920/2010, p. 188, grifos do autor) que serve para preservar o psiquismo, o qual Freud compara aqui a uma vesícula viva e indiferenciada, formada por uma substância sensível a estimulação (Freud, 1920/2010).

A partir de sua leitura de Winnicott, Khan compara essa vesícula ao fenômeno indiferenciado e sensível que é o bebê. Portanto, esse autor entende que, nos primórdios da vida, quem exerce o papel de escudo protetor é a mãe, situada como anteparo entre o seu bebê e o mundo externo a ele, mas também mediando os excessos que vêm dos estímulos internos do lactente – já que, para este, não há diferença entre o que vem de dentro e o que vem de fora: as excitações internas e os instintos para um bebê “podem ser tão externos como o troar de um trovão ou uma pancada” (Winnicott, 1960/2007, p. 129). A experiência pulsional e o desamparo implicam em um acúmulo de excitação, que o ego incipiente do bebê não pode elaborar ou ao

qual não pode dar destino. O escudo protetor materno, atuando como ego-auxiliar, então recebe esses excessos em seu psiquismo, poupando o bebê de experiências potencialmente traumáticas (Khan, 1963/1974).

A exploração de Winnicott parte, portanto, da constituição psíquica acontecendo a partir da existência não isolada do bebê, a partir da condição de dependência que deixa inseparável a ideia de sobrevivência da ideia de cuidado. Em sua visão, o psiquismo vai “nascendo” e se organizando a partir de um processo de vir-a-ser intrinsecamente ligado aos encontros do bebê com o seu ambiente, o qual pode ou não facilitar o seu amadurecimento.

O ambiente facilitador e a continuidade de ser como terreno do amadurecimento

Ao pensarmos em termos de facilitação, estamos refletindo sobre aquilo que o ambiente *naturalmente* oferece ao bebê. Como a provisão ambiental favorece que ele use os recursos dos quais já dispõe – em sua maioria, tendências que foram herdadas. A forma pela qual a criança é sustentada, manipulada e apresentada ao mundo compõe esse facilitar – portanto, os cuidados, a proteção, o amparo e a apresentação gradual dos objetos externos e do princípio de realidade.

Assim, para falarmos em facilitação, é crucial pensar nos detalhes que se referem à condição emocional da mãe¹¹ que aguarda seu bebê. São essas condições que vão preparar

¹¹ Em suas inúmeras menções à “mãe”, por vezes pode-se entender que Winnicott esteja se referindo exclusivamente à mãe biológica. Realmente, em vários momentos da obra, ele se refere à gestação e ao corpo real da mãe que gesta seu bebê – condição biológica que, de fato, tem um maior potencial de promover uma identificação mais sensível da mãe com o lactente. Isso é especialmente claro no conceito que vamos explorar agora, mas ele não exclui a gestação psíquica (que, na saúde, todas as mães fazem, biológicas ou não).

o terreno para a relação entre eles e para a qualidade do cuidado que será realizado. O ambiente facilitador é aquele que consegue promover as condições mínimas necessárias para que o desenvolvimento aconteça, para que o bebê possa fazer uso tanto de seus recursos inatos quanto da disponibilidade do ambiente que o acolhe, podendo criar a partir das trocas com este – isto é, podendo elaborar imaginativamente as suas vivências sensoriais e corpóreas, a fim de começar a contemplar psiquicamente a vida e o ambiente que o cerca.

Winnicott nos diz que esse tipo de cuidado não pode ser aprendido nos livros ou sugestionado, e que, portanto, há algo natural vivido pelas mães que as prepara para essa tarefa tão delicada. Ao final da gravidez, a mãe vive uma condição psicológica particularmente regredida e sensível, um estado especial que a prepara para a chegada do bebê e que se desenvolve gradualmente: do final da gravidez, até as primeiras semanas ou meses após o nascimento. Neste estado de sensibilidade exacerbada, a mãe experimenta uma regressão inconsciente às suas próprias vivências de bebê, ficando sensibilizada a ponto de poder “sentir-se no lugar do bebê” (Winnicott, 1956/2000, p. 403). É por esse caráter intenso e regressivo, que quase confunde a vivência da mãe com a do bebê, que o autor diz que este estado organizado se assemelha a vivências dissociativas e perturbações psíquicas profundas, e que poderia inclusive ser comparado a uma loucura, não fosse a existência da gravidez.

A regressão presente nesse estado resgata vivências muito primitivas da mãe – recordações inconscientes de como ela foi cuidada, que podem ajudá-la ou atrapalhá-la na maternagem de seu bebê. Quando tudo corre bem, esses conteúdos a deixam especialmente

Porém, em diversas ocasiões, o termo “mãe” faz referência a todo o ambiente ampliado em torno do bebê e a quem realiza os cuidados básicos necessários à sua sobrevivência – os quais, para serem suficientemente bons, não precisam ser necessariamente realizados pela mãe biológica, admitindo qualquer figura consistente e presente que possa se adaptar às necessidades do bebê (Winnicott, 1987/1990). Winnicott não deixa de se endereçar aos pais adotivos, incluindo, em vários escritos, reflexões referentes ao amadurecimento de crianças adotadas e formulando textos dirigidos especificamente a pais adotivos.

identificada com seu bebê por um período de tempo, podendo então compreender e interpretar as suas necessidades. É por isso que a mãe sabe, intuitivamente, o que fazer com o seu bebê e pode adaptar-se a ele, de forma consistente e delicada, abdicando temporariamente de outros interesses (Winnicott, 1956/2000).

Na saúde, a mãe identifica-se com seu bebê e pode, por isso, interpretar suas necessidades. A partir de suas interpretações, ela pode se adaptar, atendendo portanto a essas necessidades. Esses movimentos sensíveis envolvem tanto a capacidade da mãe de regredir para alcançar o mundo de sensações dos bebês, quanto a sua capacidade de permanecer diferenciada, para poder fazer coisas adultas e prestar cuidados concretos. Portanto, por mais identificada que a mãe esteja, na saúde, ela permanece adulta enquanto assume a vulnerabilidade do bebê – não se confunde, continua sendo ela mesma (Winnicott, 1968/2013). Este movimento pendular (de regredir e retornar) caracteriza o cuidado suficientemente bom e é o que inspirou Winnicott a pensar no manejo enquanto dinâmica também pendular e a conceber o *setting* analítico como um ambiente-*holding* – discussão a ser traçada no terceiro capítulo.

A este envolvimento sofisticado, altamente identificado e adaptado, Winnicott deu o nome de *preocupação materna primária* (1956/2000). Ele compreendeu que a mãe que experimenta esta condição organizada consegue exercer suas funções maternas de forma mais espontânea e intuitiva, podendo nomear e dar contorno às sensações e vivências excessivas, transformando-as em estados emocionais toleráveis e não intrusivos para o bebê, lhe proporcionando assim uma experiência de continuidade. A mãe nesse estado realiza uma boa adaptação às necessidades de seu bebê – tanto aquelas fisiológicas quanto as afetivas, igualmente reais e delicadas, como ter contato com a mãe, ouvi-la, sentir seu cheiro, temperatura e batimentos cardíacos, sentir-se sustentado e protegido. Ao fazer tudo isso dentro de uma relação

viva, espontânea e sensível, a mãe vai fundando a saúde psíquica de seu bebê (Winnicott, 1950/1994).

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de ‘*preocupação materna primária*’ fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (Winnicott, 1956/2000, p. 403, grifos do autor).

Na saúde, a mãe consegue tanto desenvolver este estado como dele se recuperar, conforme o bebê se desenvolve e uma identificação tão profunda já não é mais necessária. Quadro que, quando tudo corre bem, só tende a evoluir, com o bebê avançando para estados menos dependentes na relação com o ambiente (Winnicott, 1956/2000).

Vai ficando claro que, para viver tudo isso, a mãe, assim como o bebê, encontra-se em um estado especialmente vulnerável, no qual o desamparo de um por vezes encontra o do outro – e, portanto, da mesma forma que o bebê, ela necessita ter o suporte do ambiente, como uma espécie de *holding* ampliado. A mãe precisa poder contar com um ambiente que a poupe de ser atrapalhada e invadida, um ambiente que possa se ocupar temporariamente de suas antigas preocupações e obrigações, facilitando a parte prática da vida e dos novos cuidados necessários, para que, assim, ela possa estar dedicada ao bebê, nesse limitado intervalo de tempo, não estando excessivamente preocupada com outras coisas (Winnicott, 1950/1994).

Logo, a mãe não é a única responsável por cuidados suficientemente bons com o bebê, havendo também todo o ambiente que os cerca. Winnicott ressalta a importância do amparo dirigido à mãe, chamando a atenção para os perigos de um colapso dessa “cobertura

protetora” que envolve a figura materna (Winnicott, 1960b/2013, p. 23). A sustentação do ambiente (seja o pai, a família, ou até previdência social) facilita a entrega de forma simples e devotada à maternagem, favorecendo a experiência da preocupação materna primária e, conseqüentemente, proporcionando ao bebê um espaço seguro para o seu desenvolvimento egoico (Winnicott, 1966a/2013).

Todo esse ambiente que cerca a mãe se faz presente psiquicamente para o bebê, pois, na saúde, a mãe internaliza o seu próprio meio, e este é então apresentado, comunicado ao bebê através do psiquismo materno, da condição emocional da mãe. Assim, mesmo que a mãe esteja só, ela tem o pai do bebê internalizado (entre outras figuras, como a sua própria mãe), e ele participa ou se ausenta, para o bebê, através do imaginário materno: “para Winnicott, o bebê humano emerge tanto das próprias condições pulsionais e de fantasiar quanto da estrutura psíquica própria e encarnada da mãe e da família” (Ab’Sáber, 2005, p. 142).

Por fim, Winnicott frisa que todas essas coisas são comuns, intuitivas, de alguma forma sabidas – no sentido de que não precisam ser aprendidas de forma técnica, mas são alcançadas pela experiência emocional da maternidade, do vir-a-ser materno, que conecta a experiência de ter sido um bebê com a de maternar um bebê. Ele ainda salienta que, em grande parte das vezes, não é muito difícil realizar as adaptações necessárias, principalmente quando é possível se ter em mente que elas serão temporárias (Winnicott, 1966a/2013).

É importante ressaltar aqui algo que nem sempre ficou claro aos leitores de Winnicott. O autor não pensou a maternagem como uma atividade plena, a ser realizada com perfeição – o que subtrairia o caráter humano deste cuidado –, mas como suficientemente boa, realizada por uma

mãe devotada, que reconhece a vulnerabilidade e a fragilidade do bebê (1963a/2007). Um cuidado que o ajuda a suportar o desamparo, sem procurar negá-lo.

A maternagem suficientemente boa na fase de dependência absoluta é aquela que transmite ao bebê segurança e confiabilidade. Isso depende de uma continuidade dos cuidados, que, por serem sutis, precisam se repetir. Para Winnicott (1963a/2007, 1962a/2007), as experiências delicadas deste primeiro cuidado precisam ser simples, repetitivas e previsíveis para se firmarem – e, quando o são, asseguram a continuidade de ser do bebê, proporcionando uma organização de suas experiências internas e externas, algo que futuramente pode se consolidar em um sentimento de existir (contido na afirmação “eu-sou”).

O tempo constitui aí um fator importante. Nada do que acontece pode ser chamado de bom ou mau, a não ser pela permanência no tempo, a não ser pela repetição. Se as figuras do ambiente e suas presenças permanecem ao longo do tempo, isto é, se os cuidados dispensados são contínuos, consistentes, o bebê experimenta continuidade na sua linha de vida, ele vai reunindo as experiências vividas e pode unificar uma figura cuidadora. Desse modo, ele começa a compreender e de alguma forma prever o comportamento do ambiente.

Quando isso não acontece, e o bebê se encontra em um ambiente em que talvez atuem várias figuras ou em que a mãe não possa ser sempre a mesma, ele fica com a tarefa de unificar uma figura dificultada: a mãe talvez fique dividida em pedacinhos, e o ambiente vai se tornando difícil de ser reunido e, conseqüentemente, compreendido. A experiência ganha, então, uma qualidade de ruptura (na continuidade de ser do bebê), uma interrupção que o leva a reagir ao ambiente, a reagir às conseqüências das falhas no cuidado, defendendo-se com recursos primitivos (e, portanto, precários), em vez de apenas poder ser (Winnicott, 1960a/2007,

1949/2000). A trama entre as falhas enquanto rupturas e as reações que elas provocam será explorada no próximo capítulo.

A continuidade de ser está ligada à continuidade das figuras e dos cuidados ambientais. A continuidade do ambiente assenta as bases do pensamento do bebê, é o alicerce do *self* e da sensação de uma existência própria no mundo, com passado, presente e futuro (Winnicott, 1963a/2007). Logo, é a continuidade de ser que vai aos poucos fundando, para o bebê, a representação de si mesmo enquanto pessoa inteira, com um corpo e uma organização psíquica, com a capacidade de reconhecer o outro enquanto presença “não-eu”, – que, embora internalizada, tem vida própria, fora de si. Essas conquistas são processuais, e os processos que nelas desembocam iniciam-se muito cedo na existência do bebê – a estes, Winnicott deu os nomes de integração e personalização.

Como mencionado anteriormente, a vida do bebê inicia-se a partir de um estado de não-integração, com uma tendência a integrar-se. A integração é uma conquista decorrente das experiências instintivas que unificam o ego a partir do interior do bebê, assim como dos cuidados bem-realizados, do *holding*, que protege o bebê de se desmanchar, reunindo seus pedaços, buscando mantê-lo inteiro. A integração é alcançada em períodos e de tempos em tempos, podendo haver conquistas e perdas acontecendo de forma não linear ou até concomitante, pois apenas gradualmente o bebê vai atingindo um estado geral mais integrado (Winnicott, 1945/2000, 1988/1990).

Nesse período, pode-se dizer que o bebê está reunindo um conjunto de memórias que por vezes consegue resgatar, com um ganho de consciência e de uma capacidade de situar-se no tempo e no espaço, alcançando um estado de unidade, de inteireza. Por esse caminho, vai sendo concebida a existência de um interior e um exterior, sendo a pele a

membrana limitante entre o eu e o “não-eu”, e portanto ritmos externos de ausência e presença, e internos de prazer e desprazer vão sendo percebidos. O bebê pode começar a compreender a finitude de suas experiências, tanto agradáveis quanto desagradáveis (Winnicott, 1945/2000, 1988/1990).

De maneira adjacente, entra em cena o processo de personalização do bebê, que se refere a sentir-se situado dentro do próprio corpo, sentir-se habitando a parte interior do corpo e sentir-se presente neste. Essa conquista é novamente promovida por uma tendência interna e por uma qualidade do contato com o ambiente – que, no caso da personalização, refere-se mais especificamente ao que Winnicott chamou de *handling*, ou manejo, isto é, a maneira pela qual o bebê é manipulado (1945/2000, 1962a/2007).

A função materna de *handling* refere-se, em um primeiro momento, ao “toque amoroso da mãe” (Abram, 1996/2000, p. 138), mais uma forma de expressão do seu amor e do prazer que o bebê lhe proporciona. O *handling* corresponde às sutilezas dos cuidados dispensados, às especificidades deste manejo materno – isso inclui os detalhes da higienização do bebê, a escolha de tecidos adequados à sua pele e ao clima, as precauções com a temperatura do seu quarto, do seu banho, entre outros. É, portanto, um cuidado que envolve a manutenção de boas condições ambientais, que respeitam minimamente as sensibilidades do bebê – por exemplo, sua aguda sensibilidade cutânea, sua sensibilidade à luz, às mudanças de temperatura e aos sons externos.

A personalização vai sendo progressivamente conquistada ao longo dessas interações, isto é: a partir dos cuidados recebidos, a psique vai habitando o soma, assentando-se no corpo, de modo que o bebê passa a sentir que vive dentro do próprio corpo, inaugurando a inter-relação entre psique e soma, a parceria psicossomática (Winnicott, 1945/2000, 1949a/2000). Os

processos de integração e personalização sobrepõem-se, acontecendo ao mesmo tempo, um contribuindo para o desenvolvimento do outro – assim como na promoção dos diferentes cuidados maternos (Winnicott, 1945/2000, 1988/1990).

Winnicott entendia que a realização, um terceiro processo em marcha, acontece um pouco depois, pois requer já algum grau de integração e personalização. Este processo se refere a uma apreciação mais profunda do tempo e do espaço, bem como de outros aspectos da realidade compartilhada (Winnicott, 1945/2000). É aqui que o bebê começa a considerar objetos externos, que já vêm sendo apresentados para ele, mas só agora ele pode começar a reconhecê-los como tais – isso se refere à função materna de apresentação de objetos, que é a base das futuras relações objetais do bebê. Aqui cabe pensar a forma como a mãe, ao sustentar e manipular o bebê, apresenta-lhe o seio, apresenta o seu rosto como espelho e faz tudo isso nos momentos em que o bebê está pronto para encontrá-la (Winnicott, 1945/2000, 1962/2007, 1971/1975).

O bebê, quando tudo vai bem (e ele possui visão), consegue olhar para a mãe e se ver nela, refletido em sua expressão facial. Ter o semblante materno apresentando ao bebê algo sobre o que ele mesmo comunica significa começar a reconhecer-se a partir do íntimo encontro com a mãe – olhar e ver a si mesmo pelos olhos maternos fortalece a capacidade criativa do bebê. Nas palavras do autor: “a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali*” (Winnicott, 1967c/1975, p. 177, grifos do autor).

As feições da mãe refletem e espelham o bebê (o bebê que ela vê), e é com esse reflexo que ele começa a se comunicar – neste espaço íntimo e delicado que nasce entre eles, existe potencial para a criação e para uma comunicação em permanente desenvolvimento. A partir dessas trocas íntimas, algo começa a ter *significado* para o bebê, um significado inteiramente

sensorial, que carrega um sentido específico para cada dupla e que, por isso, é o princípio de uma comunicação. Ser refletido como espelho é receber a evidência de ser não só percebido, mas também conhecido (Winnicott, 1962a/2007).

Logo, o que a mãe reflete é o que ela vê em seu bebê, a experiência emocional que eles compartilham e o investimento narcísico nele depositado. O bebê é, para a mãe, ao mesmo tempo um objeto criado, sonhado por ela, e um objeto encontrado fora dela¹² – ou seja, o bebê é tanto aquilo que ela vê (e projeta nele) quanto uma criatura com vida própria, com características singulares e necessidades reais que a mãe precisa atender. É um bebê que a mãe concebe psiquicamente de forma subjetiva, mas percebe de maneira objetiva, realizando os cuidados necessários e permitindo que ele a surpreenda, que seja autêntico. É a partir do olhar materno que o bebê se sente visto, (re)conhecido, e começa a se conhecer. Não se trata, portanto, só de espelhar, mas de devolver ao bebê algo transformado pelo psiquismo mais maduro da mãe, pelo seu investimento narcísico no bebê – trata-se de inscrevê-lo a partir do olhar materno.

Todos esses processos, acontecendo a partir de uma constância ambiental, vão contribuindo para o amadurecimento da criança, que então se aproxima da conquista de um sentimento de existir, que seria o centro de gravidade da premissa do “eu sou” – um estado unificado de sentir-se si mesmo (Chamond, 2009). Winnicott entendeu este processo como sendo subjacente à conquista do *self*, uma conquista que envolve poder sentir-se único e subjetivo, habitando o próprio corpo e o interior de seus contornos.

Nesse estado, as exigências pulsionais já são sentidas como internas e atendidas a partir do *self*, a partir de dentro, e não como potenciais ameaças externas. Esse é, portanto, um

¹² Aponto aqui para a ideia de que, na saúde, o bebê tem um colorido transicional para a mãe (comunicação pessoal de Nadja Rodrigues de Oliveira, em julho de 2017). Ou seja, quando a mãe conta com uma capacidade transicional, o bebê pode ser para ela um objeto transicional (concebido subjetivamente e percebido objetivamente) – conceito que será abordado ainda neste capítulo e, por isso, não é explorado agora.

estado no qual o indivíduo já começa a reconhecer as funções corpóreas e segue se desenvolvendo tendo elas como base. Poder viver a partir do próprio *self* é um progresso no desenvolvimento que envolve alcançar um estado unitário, reconhecendo-se como uma unidade separada do mundo externo, tendo fronteiras entre o mundo e o “si-mesmo” (onde a realidade psíquica habita) – é a vida a partir do *self* que é real e dota a existência de sentido (Winnicott, 1960/2007, 1970a/1994). Nas palavras do autor:

o *self*, que não é o ego, é a pessoa que é eu, que é apenas eu, que possui uma totalidade baseada no funcionamento do processo de maturação. Ao mesmo tempo, o *self* tem partes e, na realidade, é constituído dessas partes. Elas se aglutinam desde uma direção interior para exterior no curso do funcionamento do processo maturacional (...) O *self* se descobre naturalmente localizado no corpo, mas pode, em certas circunstâncias, dissociar-se do último, ou este dele. O *self* se reconhece essencialmente nos olhos e na expressão facial da mãe e no espelho que pode vir a representar o rosto da mãe (Winnicott, 1970a/1994, p. 210).

Segundo Winnicott, o *self* sempre terá uma parte que é mais nuclear, privada (e também mais real, criativa e espontânea), que está, em algum grau, protegida da realidade compartilhada; e outra, que é voltada para fora do sujeito, que se adapta ao ambiente. A essas partes, ele deu o nome de verdadeiro *self* e falso *self*, respectivamente. As duas são constitutivas do *self*, porém podem se relacionar de forma mais integrada ou dissociada (Winnicott, 1960/2007, 1963e/2007).

É particularmente relevante nesta discussão pensar os processos de integração do *self* e do psiquismo, tendo em vista que eles se encontram especialmente comprometidos nos funcionamentos psicóticos. Os entraves no desenvolvimento dos processos de integração,

personalização e realização, decorrentes de um cuidado ambiental que não pôde promovê-los, estão estreitamente ligados às angústias de desintegração, despersonalização e desorientação para a realidade – angústias que Winnicott chamou de impensáveis e que envolvem sensações de: despedaçamento; queda infinita; perda da conexão com o corpo e com a realidade; estar morrendo, sendo aniquilado; estar em completo isolamento e perdendo toda a esperança (Winnicott, 1962a/2007, 1968/2013, 1970/2013). Essas vivências dissociativas, que caracterizam as ansiedades psicóticas, serão mais discutidas no capítulo seguinte.

Dessa forma, o que fortalece o ego do bebê e facilita o desenrolar desses processos é o cuidado adaptado que responde consistentemente às suas necessidades – somente a partir daí, o bebê pode começar a confiar no ambiente e, por isso, realizar trocas com este. Segundo Dias (2008, p. 40): “quando se fala em cuidados suficientemente bons está-se falando da confiabilidade ambiental e isto significa em primeiro lugar ser capaz de proteger o bebê de acontecimentos imprevisíveis para ele, ou seja, das discontinuidades que traumatizam”.

O ambiente que não proporciona a satisfação das necessidades do lactente, que não se adapta a ele, acaba não sendo sentido como confiável, como um ambiente que suporta o seu gesto espontâneo (que permite ao bebê ser ele mesmo) e com o qual é possível se comunicar. Nesta configuração, o bebê consegue somente reagir ao que lhe é oferecido e, com isso, perde temporariamente sua identidade (isto é: seu senso de ser e a integração até então conquistada), pois ele passa a se situar na falha e na ameaça de sua repetição, da qual ele tenta se defender (Winnicott, 1949/2000).

Diferentemente, quando tudo corre bem, o bebê nem percebe o ambiente: ele pode simplesmente ser e viver experiências, sem ter que se ocupar das condições ambientais – “preocupação” que, neste momento, já seria uma ruptura de seu continuar a ser. Sendo assim, o

bebê só precisa notar quando algo não vai bem, quando ele não é atendido, pois aí ele precisa reagir. A reação envolve, portanto, uma percepção prévia, a qual, por si só, já implica em algo sendo interrompido ou pausado na experiência do bebê – ele já não está apenas sendo ele mesmo e vivendo espontaneamente.

De fato, quando as coisas vão bem, a criança não se apega à lembrança, mesmo que esteja registrada em algum lugar, já que nada é esquecido (porém nem tudo é lembrado ou mesmo notado). É antes a ruptura da continuidade que deixa marcas, não a continuidade em si: os bebês “lembram quando as coisas caminham mal pois de repente se lembram de que a continuidade de sua vida foi perturbada” (Winnicott, 1968/2016, p. 141).

Assim, a mãe suficientemente boa, outro pilar da obra winnicottiana, é aquela que pode se identificar e se adaptar contínua e ativamente às necessidades mutáveis de seu bebê, sem ressentimentos, sem provocar intrusões e permanecendo a mesma (Winnicott, 1956/2000, 1970/2013). A partir do apoio de um ambiente adaptado, que vem responder em seu favor, o bebê atravessa as angústias na direção da integração, ou seja: o ambiente, ao suportar a sua dependência absoluta, por meio de uma sustentação psíquica e corporal, consegue lhe oferecer contornos para as vivências de desamparo, preservando o seu continuar a ser (Winnicott, 1945/2000).

A mãe só pode sustentar bem seu bebê com base nas suas identificações com ele. Isso envolve tanto ter sido um bebê quanto não ser mais um bebê, podendo realizar coisas adultas e prestar cuidados, a partir de sua aprimorada capacidade de se identificar. É, portanto, uma identificação que acontece a partir (e apesar) de diferenças significativas entre mãe e bebê, e que compõe as raízes desta relação e da comunicação entre eles.

De um lado, temos o bebê – que está sendo um bebê pela primeira vez, vivendo processos psíquicos primários e necessidades vitais representadas apenas no seu corpo, sem recursos psíquicos para elaborar suas vivências e sem ter ainda a capacidade de identificar-se com a mãe, nem a compreensão que nós adultos teríamos se estivéssemos no lugar dele. Do outro lado, temos a mãe – que, além de já ter sido um bebê e ter sido cuidada em um estado de dependência absoluta, teve a experiência de esperar e preparar-se para a chegada de seu(sua) filho(a). Estes são acontecimentos que precedem o encontro entre eles e, portanto, facilitam a identificação com o bebê – um fenômeno complexo, que utiliza recursos psíquicos muito mais sofisticados (Winnicott, 1956/2000, 1969/1994, 1970/2013).

Diferenças essenciais nas raízes da relação deságuam então em um encontro (situação que se repete para a dupla analítica). Encontro este que, quando acontece, assenta as bases da comunicação e da confiabilidade – que é transmitida, justamente, a partir da possibilidade de encontrar. A comunicação, quando bem-sucedida, é silenciosa, protege o bebê de ruídos e da necessidade de reagir – favorecendo, portanto, a emergência e a construção de seu *self* (Winnicott, 1969/1994).

A possibilidade de comunicar-se é, para o bebê, uma conquista maturacional, adquirida a partir de trocas que não o desapontaram e que, não sendo ruidosas, permitiram-lhe começar a confiar no ambiente. Essa conquista é alcançada tanto pela sua própria tendência biológica ao crescimento quanto pelas experiências decorrentes do comportamento adaptativo da mãe e de sua capacidade de lhe apresentar objetos no momento em que ele pode recebê-los, concebê-los – isto é, de “sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar” (Winnicott, 1969/1994, p. 200).

A ilusão de onipotência e a construção do espaço potencial

Quando a mãe, a partir de um estado de identificação primária que suporta a fusão, adapta-se de forma satisfatória ao bebê, ela lhe oferece, repetidamente, a possibilidade de ter uma experiência de ilusão. A ilusão em si é produto da criatividade primária, atuando, neste momento, a partir do estado de indiferenciação do bebê. Dessa forma, a ilusão vivida pelo bebê é de que o seio materno é parte dele e, portanto, criação dele – estando, assim, sob o seu controle (Winnicott, 1951/2000). Não só o seio, como todo o ambiente e os cuidados recebidos podem fazer parte desse primeiro momento na área de ilusão, podem ser sentidos como sua poderosa e potente criação – e, por isso, a ilusão é da ordem da onipotência, porque o bebê sente ser criação sua aquela provisão ambiental que ele recebe. Ele sente que está criando o que, na verdade, já está lá, pronto para ser encontrado (Winnicott, 1968/2013).

Nesse caso, o encontrar é conceber (já que o objeto é apresentado ao bebê no momento em que ele pode encontrá-lo), e o encontro só pode se dar, neste momento, a partir da concepção subjetiva do bebê. No entanto, esta invenção não é inteiramente subjetiva: ela encontra elementos reais do mundo externo, pois o seio de fato existe e está disponível para o bebê, e isto é um fato objetivo (no sentido de que é passível de observação).

Esse primeiro encontro abre caminho para os próximos, estabelecendo aos poucos um espaço íntimo e criativo de comunicação entre mãe e bebê. Trata-se de um espaço potencial, em que o bebê inaugura seus recursos criativos e mescla as realidades interna e externa, costurando uma realidade terceira – nem inteiramente interna, nem exclusivamente externa, mas no espaço *entre* elas –, que virá a compor sua realidade psíquica. Neste espaço “*entre*” da relação

mãe-bebê, o lactente vai podendo criar suas necessidades, justamente a partir daquilo que a mãe tem para lhe oferecer. Nas palavras do autor:

O padrão é o seguinte: o bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina em uma necessidade não-formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou uma manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente do que a mãe apresenta. Deste modo o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real. A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência (Winnicott, 1962a/2007, p. 60).

Ao suportar um profundo estado de intimidade e mutualidade, a mãe propicia ao bebê uma experiência de transitar entre o que é objetivamente percebido e o que é subjetivamente concebido. Ou seja, ela oferece a ele, repetidamente, oportunidades de criar livremente o seu próprio mundo – a partir daquilo que lhe é objetivamente fornecido. Esse trânsito compõe a experiência de ilusão para o bebê, uma ilusão estruturante: ele percebe o objeto (que, para o observador, é um objeto real) apenas na medida em que este pode ser criado por ele, subjetivamente. É nessa área de ilusão que habitam as raízes da autoestima, da espontaneidade e da criatividade (Winnicott, 1951/2000).

Mergulhado nessa experiência, o bebê pode, do seu ponto de vista, continuamente conceber e, portanto, controlar o ambiente ao seu redor – vivências onipotentes que facilitam o trânsito entre o ilusório e o real, entre concepção e percepção. Do ponto de vista do ambiente, sabe-se que o bebê não criou o mundo, mas a validade dessa ilusão não é questionada: o ambiente permite ao bebê essa experiência, sabendo que, para ele, essa concepção é real (Winnicott, 1969a/1975). Por isso, sustentar a ilusão do bebê é admitir-lhe essa “loucura”

(Winnicott, 1952/2000)¹³, uma loucura tão necessária neste momento quanto foi a da mãe, em sua preocupação materna primária.

O ambiente que sustenta a ilusão do bebê enquanto vivência verdadeira está lhe proporcionando um ingresso simples e gradual na realidade compartilhada, que desvela e revela aos poucos o princípio de realidade, fazendo com que os primeiros contatos com o mundo sejam atenuados pela vivência temporária da onipotência ilusória e que esse real seja experimentado “de vez em quando (...), mas nunca em toda a parte de uma só vez” (Winnicott, 1962a/2007, 1988/1990, p. 56).

Assim, o bebê começa a transitar entre dois tipos de relacionamento: um que o auxilia a internalizar aos poucos a realidade, promovendo a relação com objetos percebidos objetivamente, ou seja, reconhecidos como parte da realidade compartilhada; e outro, no qual ele cria o seu próprio mundo e o colore com a sua criatividade, sendo concebido de forma predominantemente subjetiva. Um universo que só existe daquela forma na visão daquele bebê, um mundo que se comporta, na perspectiva dele, conforme ele imagina – e, por isso, a ilusão é também a de um controle mágico. Afinal, se a adaptação é boa, o bebê, sentindo falta de algo, chora, e a mãe aparece, satisfazendo a falta – isso, em uma área de experimentação da onipotência, é sentido como mágico: o bebê, numa ilusão também de independência (pois ainda não se diferencia do ambiente, não podendo reconhecer a sua dependência), acredita ter criado a satisfação das próprias necessidades.

¹³ Aqui, o termo loucura é usado em sua conotação de desencontro, de articulação ainda inexistente entre a realidade subjetiva pessoal e a realidade objetivamente percebida. Nas palavras do autor: “(...) é possível definir de outro modo essa área intermediária de ilusão, que na primeira infância é um fenômeno não questionado, pois não se cobra do bebê que a defina em termos de ter sido criada por ele ou aceita como um pedaço da realidade percebida. Admitimos ao bebê essa loucura, e só gradualmente lhe pediremos que distinga claramente entre o que é subjetivo e o que é passível de comprovação objetiva ou científica” (Winnicott, 1952/2000, p. 311).

Logo, em um primeiríssimo momento, o bebê relaciona-se unicamente com objetos subjetivos, isto é, aqueles concebidos por ele e encontrados no ambiente. Quando há uma diferenciação gradativa da mãe, uma desilusão gradual, o bebê pode então passar a perceber objetivamente aquilo que fora concebido, anteriormente, de maneira subjetiva (Winnicott, 1962a/2007, 1971/1975). Isso permite que ele saia gradualmente de um registro mágico, onipotente (e também precário, primordial), mas que carregue, na intimidade, as marcas dessa experiência constituinte.

Em um âmbito e no outro, a experiência da ilusão está promovendo contato entre psique e mundo, já que o bebê usa elementos do ambiente para criar – isto é, para encontrar, já que a criação nessa fase acompanha o encontro. Futuramente, “se tudo corre bem, o ambiente criado pelo indivíduo torna-se bastante parecido àquele que todos geralmente percebem” (Winnicott, 1952/2000, p. 308). Mas, para isso, a ilusão precisa ser experimentada em toda a sua extensão, ou seja, o bebê precisa vivenciar também, em um momento posterior, a progressiva desilusão de sua onipotência.

É este trânsito, esta oscilação entre dois tipos de relação (nunca inteiramente numa ou na outra, e sim transitando entre elas), que vai fundando as bases do pensamento, mediando os excessos da vida primitiva e criando uma realidade interna e outra, externa, que se enriquecem mutuamente (Winnicott, 1963a/2007). É também esse trânsito, favorecido pelo ambiente (um trânsito inaugurado, primeiramente, no espaço *entre* mãe e bebê, um espaço potencial), que vai trilhando uma terceira área, intermediária, entre essas realidades – um espaço próprio do bebê, que reúne os objetos concebidos e os objetos percebidos, compartilhados, podendo circular entre eles.

A experiência de ilusão, por um lado, serve de anteparo, de mediação, pois apresentar o

princípio de realidade de uma vez – isto é, apresentar a percepção objetiva sem mediação da possibilidade de criar – é excessivo, traumático de um jeito que fere o uso posterior da ilusão, da criatividade, fere o potencial onírico da criança. Já a exclusividade da concepção subjetiva, por outro lado, atrapalha a internalização do princípio de realidade, comprometendo o ingresso na realidade compartilhada e, conseqüentemente, a capacidade de relacionar-se com pessoas e objetos externos, diferenciados e inteiros.

Pode acontecer de a relação com a ilusão se estreitar, sendo reivindicada durante a vida, em uma busca por viver o que ainda não pôde ser experimentado, acabando por exigir demais da “credulidade dos outros, forçando-os a compartilharem de uma ilusão que não é própria deles”, o que seria uma marca inegável de loucura (Winnicott, 1971/1975, p. 13). Aqui, a desilusão não pôde acontecer, porque não houve experiência proveitosa de ilusão em primeiro lugar.

A partir das últimas colocações a respeito da íntima ligação entre a ilusão e a criatividade primária, podemos pensar no que pode surgir como sintoma a partir de experiências distorcidas em um primeiro momento de experimentação na área de ilusão – sejam distorcidas por serem prolongadas e “enganarem” o bebê, no sentido de não lhe apresentarem o princípio de realidade (no qual, de algum modo, ele já está inscrito), quando ele já tem recursos para começar a concebê-lo; sejam distorcidas por não poderem acontecer, e invadirem o bebê a partir de uma honestidade exacerbada e precoce em relação à realidade objetiva (Winnicott, 1939/1994). A este segundo cenário Winnicott deu o nome de “desilusão precoce”, um convite à realidade objetivamente percebida feito cedo demais. Segundo o autor, este excesso de objetividade, funcionando a serviço da realidade compartilhada, desestimula o uso criativo da imaginação para preencher as lacunas do que ainda não se conhece, inibindo o advir do brincar, o uso proveitoso e estruturante da ilusão de onipotência. Em suma, questionando a área

intermediária, onde habita sonho, fantasia e criação (Winnicott, 1939/1994, 1971/1975).

O subjetivo e o objetivo (da mesma forma que o prazer e a realidade) estão sempre em conflito, assim como o sujeito está sempre transitando entre eles, situado em algum lugar entre um e outro, algum lugar no meio. Por essa razão, Winnicott (1951/2000) conclui que “o processo de aceitação da realidade jamais se completa, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna à realidade externa” (p. 329). Novamente vemos o trânsito e o conflito fundando o funcionamento psíquico, alicerçando espaços e ligações psíquicas: trânsito que primeiramente se dá em um espaço potencial entre mãe e bebê, e que vai sendo internalizado, compondo a futura capacidade do infante de inter-relacionar as realidades interna e externa, tecendo o seu próprio espaço potencial; e conflito que também envolve a capacidade de relacionar as realidades interna e externa, as instâncias de prazer e de realidade, e a possibilidade de transitar *entre* elas.

A novidade winnicottiana, que envolve a possibilidade de transitar dentro de um paradoxo, carrega em si traços freudianos. Afinal, o próprio paradoxo já comporta uma noção de tensão. Porém, aqui, podemos pensar que essa tensão está realizando também uma função de inaugurar e unir espaços, trançando os paradoxos – é, portanto, um tensionar que não é só da ordem do conflito e da pressão, mas também da sustentação, do fornecimento de fios que se trançam e, tensionados, dialogam, ao mesmo tempo em que formam teias e redes de sustentação.

Assim, dentro do paradoxo experiencial prazer/desprazer – que vai constituindo a percepção da realidade externa –, parece já se inaugurar um campo transicional, que promove o diálogo e a coexistência de princípios, de espaços paradoxais da vida psíquica. O próprio Freud (1911/2010) já acreditava na potencialidade de uma coexistência menos conflituosa entre os

princípios de prazer e realidade, ou, como ele coloca, de “reconciliação dos dois princípios” (p. 117) do funcionamento psíquico, pelo menos por meio da via artística, criativa.

A tensão inerente à capacidade adquirida de relacionar o mundo interno e subjetivo ao mundo externo, compartilhado, vai se inaugurando à medida que o sujeito se afasta da fase de dependência absoluta. Como já mencionamos, a progressão nas qualidades da dependência é decrescente. Assim, se o bebê foi de alguma forma atendido em suas necessidades no estágio de dependência absoluta, a fase seguinte é a de dependência relativa, na qual acontece, portanto, uma gradual desadaptação do ambiente ao bebê. Assim, se a amamentação foi bem-sucedida, chega-se à experiência de desmame, e, se houve espaço para a vivência de ilusão, pode-se viver a desilusão – que, por sua vez, inclui o desmame, porém amplia-se para além deste (Winnicott, 1952/2000).

Winnicott aborda o período de dependência relativa acontecendo a partir de alguns sucessos adaptativos na fase de dependência absoluta. Porém, é importante frisar como essas transições e conquistas não são lineares, como esse sucesso adaptativo não é claro, muito menos algo fechado: podemos ter sucesso em algumas partes e fracasso em outras. A questão é que alguma medida dos dois sempre vai estar presente, não é possível sucesso absoluto e nem falha absoluta.

Se pensarmos bem, neste comecinho de vida, caso haja ausência total de cuidados, o bebê sequer sobrevive. Sendo assim, se ele vive e se tem tendências inatas saudáveis (não sofre de distúrbios congênitos ou neurológicos), haverá sempre espaço para crescer e abranger novos horizontes em seu desenvolvimento psíquico e afetivo. Mesmo na ausência parcial de cuidados suficientemente bons, vai existir alguma conquista do bebê na direção de sua independência, de alguma individuação, ainda que seja contando em grande parte com o seu potencial inato,

biológico, com a força propulsora do desenvolvimento. Afinal, a integração se inicia no momento do nascimento, e, portanto, se o bebê conta com essa tendência e com cuidados ambientais mínimos (que lhe permitem continuar vivendo), então alguma conquista no sentido do amadurecimento é alcançada.

Na fase de dependência relativa, a mãe, quando bem adaptada, pode começar a se adaptar “a uma falha gradual dessa mesma adaptação” (Winnicott, 1963a/2007, p. 83). Isso quer dizer que, estando ainda voltada para o bebê, ela pode começar a frustrá-lo, porque ele está alcançando uma capacidade de suportar frustrações e já pode começar a se conscientizar de sua dependência.

A “mãe” (não necessariamente a própria mãe do bebê) suficientemente boa é a que faz uma adaptação ativa às necessidades do mesmo, uma adaptação ativa que gradualmente diminui, de acordo com a crescente capacidade do bebê de suportar as falhas na adaptação e de tolerar os resultados da frustração (Winnicott, 1951/2000, p. 326).

Diante do desenvolvimento do bebê e das conquistas alcançadas, a mãe vai podendo paulatinamente retomar suas atividades, não sendo mais necessária uma dedicação quase exclusiva à maternagem. Inclusive, quando tudo corre bem, essa desadaptação e conseqüente ampliação de sua atenção para outros interesses acontece de forma orgânica, já que a mãe também se cansa das exigências da dependência absoluta (Dias, 2014).

Em suma, em um cenário suficientemente bom, estabelece-se uma relação de confiabilidade, e a mãe vai *gradualmente* se desadaptando e desiludindo o bebê, que pode progressivamente reconhecê-la como uma presença “não-eu”, ou seja, diferenciar-se da figura materna (Winnicott, 1945/2000, 1949a/2000). A mãe vai apresentando-lhe aos poucos o princípio de realidade e promovendo o seu ingresso na realidade compartilhada, de forma que

não exceda o que ele possa suportar, mas enquanto algo estruturante, mesmo que traumático (Winnicott, 1971/1975). A desilusão é então suportável, pois o bebê conta com um ambiente no qual ele confia, com uma relação de confiança que não é abalada pelo processo paulatino de desilusão.

Com a conquista gradual da diferenciação, o bebê vai reconhecendo a sua própria dependência. Este é o momento no qual ele começa a sentir que precisa da mãe, “começa a *saber em sua mente* que a mãe é necessária” (Winnicott, 1963a/2007, p. 84, grifos do autor). Assim, ao se desadaptar, a mãe, mesmo sem conhecimento, proporciona ao bebê a experiência de *sentir* suas próprias necessidades (Abram, 1996/2000) e, portanto, de fazer uso dos recursos já conquistados para lidar com as ansiedades e frustrações, contribuindo para as conquistas referentes à personalização e à integração.

Nesse estágio, o bebê já começa a contar com seus processos mentais, com alguma compreensão do ambiente a partir da atividade intelectual que ele vem desenvolvendo e à qual pode recorrer em diversos momentos, em especial naqueles de solidão e ansiedade. Aqui, contando então com algum funcionamento mental, ele já teve oportunidades plurais de aprender, por meio da experiência, que a frustração tem um fim. Dessa forma, ele começa a sentir a característica processual de suas vivências (que começam, perduram e terminam) e vai alcançando alguma “integração entre passado, presente e futuro” (Winnicott, 1951/2000, p. 326; 1966b/2016).

O bebê já começou também a adquirir a capacidade de fantasiar e, portanto, de apelar para a sua realidade interna, para as lembranças e para o sonho – conquistas que o auxiliam a suportar a ausência materna, ao mesmo tempo em que inauguram novas relações para o bebê. E ainda, além de poder valer-se de satisfações autoeróticas, ele já pode manipular

objetos externos que lhe chamam atenção e se interessar por isso – está, assim como a mãe, ampliando os seus interesses (Winnicott, 1951/2000, 1966b/2016).

Nessa expansão criativa de interesses, o bebê lança mão de sua nova capacidade manipulativa e elege um objeto que o auxilia nessa tarefa inaugural, de ficar só e suportar as angústias da separação. Ele apegase a um objeto que foi oferecido pelo ambiente – isto é, que não foi concebido exclusivamente de forma subjetiva –, porém investe nele seus conteúdos subjetivos, configurando-o internamente e, por isso, fazendo um uso singular e pessoal dele. O bebê está criando o objeto, mas, ao mesmo tempo, “o objeto ali estava, à espera de ser criado e de se tornar um objeto catexizado” (Winnicott, 1969a/1975, p. 144). Logo, esse objeto pertence à região *entre* a concepção subjetiva do bebê e a realidade compartilhada, ele não é inteiramente interno, nem externo, mas transicional, portanto carregando qualidades das duas áreas.

Dessa forma, ao passo que o bebê inaugura uma nova relação, com um objeto da realidade externa e que tem um significado próprio compartilhado, ele também se relaciona com algo que representa tanto ele mesmo quanto a mãe, bem como a sua poderosa criação, colorida por seus conteúdos subjetivos – pois, além da natureza do objeto escolhido, é importante considerar o uso que se faz dele, um uso plenamente individual, dotado de originalidade (Winnicott, 1951/2000). Nas palavras do autor:

(...) não é possível utilizar a expressão ‘objeto interno’ aqui; o objeto que podemos ver é externo e é percebido subjetivamente, ou seja, advém dos *impulsos criativos* da criança, *da mente da criança* (Winnicott, 1966b/2016, p. 128, grifos nossos).

Assim, vemos como, desde muito cedo, o potencial criativo comparece e – a partir da necessidade, da falta – permanece se desenvolvendo, sendo este um estado propício às criações

psíquicas, isto é, ao desenvolvimento contínuo da criatividade primária (Naffah Neto, 2012). Portanto, nesse ponto, a frustração auxilia e impulsiona a organização das bases egoicas, estimulando o desenvolvimento psíquico (Winnicott, 1951/2000, 1971/1975).

O bebê já possui, nesse momento, recursos para lidar com as falhas, e as conquistas alcançadas – como a incipiente atividade mental e o uso da criatividade na manipulação de objetos externos – precisam das falhas na adaptação para continuar se desenvolvendo. Elas impulsionam o crescimento e o uso dessa mente, estimulando a elaboração imaginativa, que criativamente virá preencher as lacunas deixadas pelas ausências e faltas (o tipo de escolha e de uso que se faz do objeto transicional é um exemplo). É também através das falhas que o bebê começa a perceber, de forma mais objetiva, o ambiente e o seu próprio corpo, com o qual, se tudo corre bem, ele já vem se familiarizando e habitando.

Agora, ele já dá conta de suportar a espera e o adiamento breve da satisfação de suas necessidades – situações que, na fase de dependência absoluta, seriam excessivas, deixando-o extremamente excitado e desamparado. Ele ouve ruídos próximos e sabe (por já ter um passado e memórias reunidas) que o alimento está por vir, que há uma presença viva próxima a ele e desse modo pode usar isso para se tranquilizar, para dar conta da espera, já que descobriu ser essa uma vivência que tem fim (Winnicott, 1963a/2007). Os hiatos graduais entre adaptação completa e incompleta são preenchidos pela compreensão intelectual, que consegue converter a falha em coisa boa, pois imaginável, tolerável e, eventualmente, até mesmo previsível (Winnicott, 1952/2000).

Assim, nesse período, não suprir a necessidade da criança no tempo da ilusão de onipotência é a própria necessidade dela (Winnicott, 1949a/2000), uma vez que necessidades referem-se àquilo necessário para que o desenvolvimento continue acontecendo livremente – a

cada fase da vida. Então, enquanto a adaptação completa (para um bebê que está crescendo e se desenvolvendo) perturba e entedia – pois ele não pode desfrutar dos recursos conquistados e ter prazer em mostrar o que aprendeu –, a adaptação incompleta promove a separação e a diferenciação, tornando os objetos reais e totais – possibilitando a integração de amor e ódio, a ambivalência, o reconhecimento do outro enquanto pessoa total, inteira (Winnicott, 1971/1975). A adaptação que permanece absoluta é enganosa, não desilude aquilo que precisa ser desiludido, não contribui para que o bebê constitua a ausência do outro e a diferenciação – e, portanto, não estabelece uma premissa promotora do seu amadurecimento, posto que “o objeto que age de modo perfeito revela-se não melhor que uma alucinação” (Winnicott, 1951/2000, p. 327).

Vale ressaltar que, quando tudo vai bem no período de desilusão e ela não é precoce, o bebê não perde a ilusão básica, isto é, a possibilidade de viver ilusões – esta potência é algo que permanece da criatividade primária e que continua se desenvolvendo ao longo da vida, de acordo com o que as diferentes fases exigem. O que já foi criado tampouco se anula – o que se “perde”, o que se desilude, é a *onipotência* (Dias, 2014).

Da mesma forma, se o ambiente suporta o paradoxo do objeto transicional, ele não se perde, mas se descataxiza, já que o bebê vai alargando progressivamente o seu campo de interesses e pode investir em outros objetos, cada vez mais compartilhados com o mundo, iniciando assim um crescente ingresso na cultura e em seus símbolos, sua linguagem – que configuram fenômenos transicionais mais amplos (Winnicott, 1971/1975). Quanto a suportar o paradoxo, nos referimos à tolerância e à empatia do ambiente em não questionar a pequena criança quanto à vivacidade e à validade do seu objeto transicional, pois, aí sim, ele pode se perder, pode morrer (Winnicott, 1951/2000). Quando tudo vai bem, a criança não vai ouvir coisas como “ele não é algo vivo, ele não é você, ele não fala ou não tem esses poderes

mágicos”. A característica essencial dos fenômenos transicionais é “*o paradoxo e a aceitação do paradoxo*” (Winnicott, 1969a/1975, p. 144, grifos do autor).

A descoberta do objeto transicional e de seu uso estruturante levou Winnicott a desvelar uma terceira área da experiência humana, uma zona intermediária de experimentação, à qual viemos nos referindo ao discutirmos o eterno trânsito, dinâmico e conflituoso, entre as realidades interna (subjativa) e externa (compartilhada). A essa área, o autor deu o nome de espaço potencial, ou transicionalidade – espaço em que habitam os diversos fenômenos transicionais, que, na saúde, seguirão sendo experimentados ao longo da vida, constituindo local de refúgio em momentos de repouso. Um terreno a ser preservado e enriquecido pelo viver – é a morada das crenças, da filosofia, da religiosidade, da poesia, da criatividade e das artes –, não devendo ser contestado em sua essência. Citando o autor:

É útil, portanto, pensar numa terceira área do viver humano, uma área que não se encontra dentro do indivíduo, nem fora, no mundo da realidade compartilhada. Pode-se pensar nesse viver intermediário como ocupando um espaço potencial, a negar a idéia de espaço e separação entre o bebê e a mãe, e todos os desenvolvimentos derivados desse fenômeno. Esse espaço potencial é extremamente variável de indivíduo para indivíduo e seu fundamento está na confiança que a mãe inspira ao bebê, confiança *experimentada* por um período suficientemente longo, no estágio decisivo da separação entre o não-eu e o eu, quando o estabelecimento de um eu (*self*) autônomo se encontra no estágio inicial (Winnicott, 1967b/1975, p. 175, grifos do autor).

A conquista da transicionalidade pressupõe, portanto, os bons cuidados iniciais e uma experiência consistente de confiabilidade, a qual, por sua vez, contribui para a construção e nutrição do mundo interno do bebê – que, quando engrandecido pelas trocas com o ambiente e pela criatividade, poderá ser rico e profundo (Winnicott, 1971/1975). Os primeiros objetos nos quais o bebê investe, as suas primeiras posses, vão abrindo caminho para um desdobramento da sua capacidade de usar objetos – repercutindo, assim, na saúde, em um uso dos objetos externos que auxilia o bebê a conhecer e a internalizar a realidade compartilhada, podendo então experimentar e conquistar a sua autonomia (Naffah Neto, 2012).

Tendo adquirido a capacidade de usar objetos no campo transicional, o bebê alcança a capacidade de brincar. A transicionalidade relaciona-se com o brincar, na mesma medida em que o brincar tem um lugar *entre* realidades internas e externas. O brincar não é algo que acontece sem a implicação dupla dessas realidades – no brincar existe fantasia, imaginação e criatividade, ou seja, um mundo interno. Ao mesmo tempo, inclui objetos que fazem parte do mundo não-eu, e acontece no mundo compartilhado, podendo ser testemunhado e ter outros participantes. Brincar envolve tanto o ser e o estar vivo quanto o fazer (Winnicott, 1971/1975), implica estar crescentemente se relacionando com objetos externos dentro de uma área de controle mágico. Brincando, pode-se fazer um uso subjetivo e, de certa forma, onipotente desses objetos, e, simultaneamente, uma manipulação real e compartilhada – sendo assim, o brincar é um fenômeno que facilita a transição da área de controle onipotente, para a área das relações com objetos percebidos como “não-eu”.

Segundo Winnicott (1971/1975), o brincar é universal e uma conquista própria da saúde, pois contribui para o crescimento, para a capacidade comunicativa e para os relacionamentos. A brincadeira transforma-se conforme se amadurece, porém, na saúde,

brinca-se ao longo da vida toda e, em especial, no *fazer* psicanálise: “(...) a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. O natural é o brincar, e o fenômeno altamente aperfeiçoado do século XX é a psicanálise” (Winnicott, 1971/1975, p. 70).

A experiência criativa do brincar, enriquecedora do espaço potencial de cada sujeito, é por si só uma atividade terapêutica. Ela favorece uma maior circulação dos afetos, pois, ao brincar, o sujeito pode transportar as vivências traumáticas para uma zona de controle onipotente, transportar os excessos e o desprazer para uma área íntima, prazerosa e subjetiva, apropriando-se das experiências de modo criativo e pessoal, transformando-as, conferindo-lhes novos significados (Freud, 1920/2010; Winnicott, 1971/1975).

A psicanálise ocupa-se da natureza humana e, assim, debruça-se tanto sobre o fluxo natural das vivências orientado para o “vir-a-ser”, para o amadurecimento, quanto sobre o que retém esse fluxo, bem como sobre os resultados disso. Em essência, a psicanálise dedica-se a cuidar do natural que não pôde acontecer (e cujo potencial para ainda se desenvolver permanece vivo no sujeito), buscando aperfeiçoar-se em oferecer algo próprio à natureza humana, à continuidade de ser, de um jeito especializado. Winnicott dedicou-se às relações primordiais do conjunto ambiente-indivíduo, a fim de pensar como o manejo clínico pode oferecer algo que se aproxime, que se relacione com o que ali, nos primórdios, fez falta. A psicanálise busca reencontrar, resgatar o natural que não pôde acontecer – dar vida à potencialidade da continuidade de ser, retomar a naturalidade do viver.

Buscamos expor, neste capítulo, as linhas estruturantes do desenvolvimento psíquico sob, em especial, o aporte da psicanálise de Winnicott. Em alguns momentos, foi necessário vislumbrá-las contrapostas a outras linhas, menos estruturantes ou integradoras do psiquismo, a

fim de ilustrar a delicadeza dessas experiências, que podem transitar entre âmbitos favorecedores da constituição e âmbitos que transbordam a capacidade do bebê de usar a experiência para se integrar e constituir. Navegamos, aqui, pelos traços sensíveis da experiência psíquica, mais especificamente, do processo de constituição psíquica, em toda a sua fertilidade e elasticidade, nada branco ou preto, mas colorido de potencialidades. Essencialmente, exploramos as conquistas do bebê no sentido da saúde e do amadurecimento, daquilo que o nomeia, inscreve e confere lugar de experiência. Agora, esta navegação irá explorar outras águas, aquelas nas quais o fluxo natural das vivências ficou retido, comprometeu conquistas inerentes à saúde e desembocou em sofrimentos de qualidade psicótica.

Capítulo 02.

Os funcionamentos psicóticos

Pobres de nós se nossa mente for apenas sã

(Winnicott, 1961b/2013, p. 89)

No capítulo passado, discutiu-se a constituição psíquica e a sua importante relação com os cuidados ambientais. Abordamos, na maior parte, o desenvolvimento psíquico acontecendo quando tudo corre bem para o bebê, isto é, quando ele se encontra em um ambiente que pode se identificar com ele e se adaptar suficientemente bem às suas necessidades, favorecendo que ele use seus potenciais inatos para se desenvolver. Nos detivemos nessa discussão pois é a partir dela que poderemos explorar o que acontece na constituição do psiquismo, quando nem tudo corre bem (ou quando muita coisa deixa de correr bem), e como isso comparece nos funcionamentos e estados psicóticos. A relevância de compreendermos essas primeiras trocas é evidenciada nas ricas contribuições por elas trazidas às reflexões sobre o manejo analítico: sobre o que nós, analistas, podemos oferecer enquanto espaço para sonhar costuras possíveis a fendas psíquicas tão precoces.

Neste capítulo, são tecidas considerações sobre as fissuras e rupturas no psiquismo, sobre aquilo que rompe o continuar a ser, desembocando num processo de constituição psíquica que se desenrola a partir de um estado de fracasso ambiental, isto é, de falhas precoces na provisão ambiental. Em seguida, no último capítulo, serão abordadas as articulações sobre o manejo clínico com sujeitos em funcionamentos psicóticos, sejam estes predominantes ou não na personalidade.

Com isso queremos dizer que, ao nos remetermos a fenômenos de qualidade psicótica, não estamos fazendo referência à noção de estrutura psicótica, que carrega consigo a ideia de alguma organização, contida dentre fronteiras minimamente claras. Nos dirigimos aqui aos estados e traços psicóticos do psiquismo enquanto marcas do primitivo, que são carregadas pela vida, ainda em busca de integração, sejam elas parte predominante do funcionamento psíquico ou não. Trata-se de escutar os primórdios da vida psíquica, em toda sua atemporalidade – o que, em si, está inscrito no trabalho de psicanálise desde as suas origens. Há, portanto, algo de comum, de universal, no fenômeno ao qual nos referimos – no sentido de que as marcas do primitivo todos nós carregamos. Segundo Winnicott (1965/1994):

uma certa experiência de loucura, seja o que for que isto possa significar, é universal, e isto quer dizer ser impossível pensar em uma criança que tenha sido tão bem cuidada em sua primeiríssima infância que não houve ocasião para uma tensão excessiva de sua personalidade, tal como se achava integrada em determinado momento (p. 96).

Como já discutido no capítulo anterior, as falhas de adaptação irão sempre comparecer; o cuidado não é (e nem deve buscar ser) absoluto; portanto, alguma vivência de desamparo – ou, como o autor coloca, de “tensão excessiva” – é conhecida por todos os indivíduos.

A escolha da teoria winnicottiana como nuclear neste trabalho ampara um olhar dirigido ao primitivo, ou, como mencionado no capítulo passado, “aos mecanismos psicóticos presentes em todos nós” (Winnicott, C., 1989/1994). Winnicott, ao olhar de perto as patologias, entendia estar apenas observando “de maneira exagerada elementos que existem em qualquer um de nós” (Winnicott, 1961a/2016, p. 98) e, por isso, para ele não fez sentido qualificar fenômenos clínicos dentre as clássicas estruturas nosológicas: neurose, psicose e perversão (1959-1964/2007).

Esse psicanalista, portanto, não compartilhava de uma concepção estrutural do aparelho psíquico e, durante a sua obra, não explorou o funcionamento do psiquismo a partir da noção base de aparelho psíquico, como postulada por Freud – fez, de fato, pouco uso da concepção freudiana de instância psíquica: em grande parte de sua obra, o conceito de “ego”, por exemplo, tem um sentido diferente. O olhar que Freud trazia para os relacionamentos estava geralmente focado na forma como estes existiam dentro do aparelho psíquico. Já Winnicott aborda as relações com o ambiente e o fato da dependência como centrais na constituição psíquica. Ele explora mais os fenômenos e os relacionamentos, consigo e com o mundo (Green, 2005).

Freud (1924/2016), que não atendeu sujeitos psicóticos em sua jornada clínica, entendia a etiologia da psicose – de maneira análoga à sua compreensão da etiologia da neurose – como situada na não satisfação, ou não realização de desejos infantis primitivos, indomáveis. As contribuições psicanalíticas posteriores, que seguimos nestas reflexões, partiram mais do psiquismo primitivo e dos primórdios da vida, do que do paradigma da neurose, para compreender as raízes do funcionamento psicótico. No entendimento winnicottiano, nessa fase tão primordial, na qual se localizam as raízes do sofrimento psicótico, não há ainda um “eu” organizado na lógica do desejo. O que existe nesse momento são necessidades muito reais, que envolvem a sobrevivência do bebê. Assim, quando existem entraves no atendimento a essas necessidades, a saúde psíquica do bebê está sendo diretamente afetada – logo, não são desejos não atendidos, mas necessidades essenciais não satisfeitas (Winnicott, 1959-1964/2007).

Porém, Freud (1924/2016) já deixa aí sementes importantes, ao situar o conflito principal da psicose na relação do “eu” com o mundo exterior (ou, da forma como o leio, com o ambiente), compreendendo alguns sintomas psicóticos, tal qual o delírio, “como um remendo colocado onde originariamente havia surgido uma fissura na relação do Eu com o mundo

exterior” (p. 273). Na trança que é aqui tecida, entende-se essas fissuras como pertencentes ao espaço potencial, “aquilo que, de início, tanto une quanto separa o bebê e a mãe” (Winnicott, 1967a/1975, p. 163). Espaço este que, quando rompido, não promove experiências satisfatórias de ilusão onipotente (e portanto tampouco de desilusão), podendo então desembocar em uma onipotência que persiste, que sobrevive às primeiras trocas e segue reivindicando o seu lugar na experiência subjetiva do sujeito – por vezes em forma de delírio, o qual vem preencher e colorir as fissuras do espaço potencial, que fracassou tanto em unir quanto em diferenciar mãe e bebê.

A ligação entre saúde e uma possibilidade de circulação inter e intrapsíquica já é reconhecida por Freud (1924a/2016), que, apesar de se amparar essencialmente no paradigma da neurose, declara enxergar saúde na capacidade do sujeito de *transitar* entre as possibilidades elásticas do aparelho psíquico, situando a saúde também no *entre*: “Chamamos de normal ou ‘saudável’ uma conduta que reúna determinados traços de ambas as reações: que recuse tão pouco a realidade como a neurose, mas que se esforce, como a psicose, para modificá-la” (p. 282).

É ressaltada, portanto, nesta dissertação, a qualidade plástica do psiquismo e, mantendo diálogo com o pensamento winnicottiano, foram utilizados os termos “funcionamentos”, “estados” ou “traços” psicóticos, assim como o próprio termo psicose, remetendo não à concepção de uma estrutura psicótica, mas à qualidade grave, dissociada e desagregadora do sofrimento psíquico. Essa escolha é feita também com a intenção de destacar justamente essa maleabilidade do psiquismo e ressaltar a heterogeneidade e a especificidade que marcam o sofrimento psíquico de cada sujeito.

Outros autores, além de Winnicott, compartilham desse posicionamento, como Bion, Green, Bergeret, Little, entre outros, que apontam, de formas diferentes, a coexistência de

aspectos neuróticos e psicóticos na personalidade (Green, 1975/2005). Bion (1957/1991), em especial, contribui para o olhar trazido aqui, ao postular que a personalidade é formada por partes tanto psicóticas quanto não psicóticas. O autor compreende que todo psiquismo é composto por essas duas partes, com uma delas predominando no funcionamento psíquico – isto é, a parte que “toma conta” aparece de forma mais consistente, principalmente no início do trabalho analítico, obscurecendo a outra parte da personalidade do sujeito e, muitas vezes, levando o analista a acreditar que esse aspecto predominante caracteriza o funcionamento psíquico do analisando como um todo. Bion aponta, portanto, para a importância de que a parte obscurecida se revele no trabalho analítico, a fim de ser cuidada e fortalecida – pois somente havendo trabalhado com as duas partes é que uma análise poderia, de fato, terminar.

Assim, ao falar em funcionamentos psicóticos, fazemos alusão ao que compõe o sofrimento psicótico, isto é, às angústias e defesas de ordem psicótica. As defesas, por terem sido engendradas em momento precoce da vida, têm qualidade mais rudimentar e, por isso, estão mais suscetíveis a colapsar. Quanto à qualidade das angústias que acompanham estas defesas precárias, nos referimos a quadros nos quais a angústia central não é de castração, mas de aniquilamento, quando o grau da ameaça envolve o objeto todo, e não uma parte dele (Winnicott, 1959-1964/2007). Aqui, já estamos pensando um tipo de “tensão excessiva” que não é universal, ou pelo menos que não é central na organização defensiva de todos os indivíduos. Um tipo de tensão marcada pela vivência recorrente de angústias impensáveis, remetendo a vestígios muito precoces da vida psíquica, que nos convocam a pensar a importância de um manejo que seja elástico, que possa buscar se adaptar a necessidades primitivas e escutar o que elas comunicam.

As expressões usadas neste trabalho podem então tanto se referir a um funcionamento psicótico predominante quanto a um elemento psicótico oculto numa “personalidade não-

psicótica nos demais aspectos” (Winnicott, 1962a/2007, p. 57). Elementos que, no posicionamento aqui sustentado, sempre existirão, mesmo quando a personalidade for predominantemente neurótica (ou não psicótica).

Ao não se ocupar de categorizar formalmente as psicopatologias, Winnicott mantinha uma visão dos processos psíquicos – mesmo aqueles presentes nos padecimentos – como parte do desenvolvimento natural do indivíduo, isto é, ele enxergava um fator maturacional em cada manifestação de sofrimento psíquico, compreendendo certos estados, considerados patológicos pela psiquiatria, como parte integrante do processo de constituição saudável do sujeito. Nas suas palavras: “na psiquiatria esta ideia de uma doença claramente definida é sempre errônea, pois cada condição de enfermidade psiquiátrica se mistura com desvios que pertencem ao desenvolvimento normal” (Winnicott, 1963b/2008, p. 176-177). Freud, por sua vez, percebe esses estados – considerados patológicos na vigília – como subjacentes às formações oníricas e ao trabalho do sonho (Freud, 1900/2012).

Winnicott começou a questionar as definições psiquiátricas ao perceber que crianças e bebês considerados saudáveis eram por vezes descritos com os mesmos termos que pacientes ditos esquizóides e esquizofrênicos. Destacou, inclusive, que os processos psíquicos marcantes em quadros desse tipo, como a alucinação, são entendidos nos adultos como sinal de doença, enquanto “a maioria das crianças alucina livremente” (Winnicott, 1957/1994, p. 33), sem que isso seja alarmante. Ao pensar esses processos, Winnicott se aproxima do Freud da *Interpretação dos sonhos*, citando o autor:

as alucinações são fenômenos oníricos que se manifestam na vida de vigília, e que o alucinar, em si mesmo, não é mais uma doença, mas o fato correspondente ao transporte, através da barreira, dos acontecimentos do dia e

das lembranças de eventos reais para o sono e para a formação onírica (Winnicott, 1971/1975, p. 110).

Em nota de rodapé, na mesma página, ele acrescenta: “Embora inerente à hipótese freudiana da formação onírica, isso constitui fato que tem sido frequentemente desprezado (cf. Freud, 1900)”. O ‘isso’, na minha leitura, refere-se ao fato de que Freud, ao mergulhar na lógica do sonho, postulou que os processos que comparecem e regem os fenômenos oníricos são os mesmos que aparecem nas formações psicopatológicas, que participam da constituição do sintoma, como a alucinação, ou o delírio – o trabalho do sonho move essas mesmas forças (Freud, 1900/2012).

Assim, de formas singulares, os dois autores destacam que há mais proximidade do que distância entre as diferentes manifestações do inconsciente e da vida psíquica, tanto aquelas consideradas saudáveis, quanto as ditas patológicas. Isto é, no desenvolvimento infantil, assim como no trabalho do sonho, vemos fenômenos muito próximos dos que se apresentam nos sintomas, especialmente naqueles subjacentes a funcionamentos psicóticos – a alucinação, por exemplo, pode ser compreendida como uma “matéria onírica que *escapou* para a vida da vigília” (Ab’Sáber, 2005, p. 145, grifos do autor). Logo, os processos psíquicos (do sintoma, do trabalho do sonho e do desenvolvimento psíquico) se assemelham em suas raízes, porém se distinguem na forma de se revelar (assim como nos recursos requisitados para elaborá-los) – os fenômenos se aproximam pela própria lógica inconsciente, já os veículos que os transportam, revelam e elaboram variam infinitamente.

Dessa forma, algumas ligações vão sendo reconhecidas entre o funcionamento primitivo e o funcionamento psicótico, e, por essa razão, a compreensão de um complementa a compreensão do outro. Segundo Winnicott, são os processos emocionais primitivos, naturais à

primeira infância, que aparecem nos funcionamentos psicóticos, especialmente em estados regressivos (Winnicott, 1945/2000). Ao tratar pacientes psicóticos, ele pôde alcançar uma maior compreensão da dependência infantil e do cuidado materno que a satisfaz – pensando o que comparece regressivamente nas psicoses, ele chegou não só até as raízes do sofrimento psicótico, mas até os processos primordiais da vida psíquica. Portanto, algo do infantil, do primitivo, esclarece o funcionamento psicótico e, do mesmo modo, quando olhamos e buscamos compreender a psicose, estamos reconhecendo e desvelando os primórdios da vida (Winnicott, 1971/1975). Citando o autor:

(...) o desenvolvimento emocional primitivo do bebê – antes que ele reconheça a si mesmo (e portanto aos outros) como a pessoa inteira que ele é (e que os outros são) – é vitalmente importante, e é neste período que serão encontradas as chaves para compreendermos a psicopatologia da psicose (Winnicott, 1945/2000, p. 222).

Apesar de se referir à ‘psicopatologia da psicose’, Winnicott não dicotomizava neurose e psicose como paradigmas de saúde e doença, respectivamente. Pelo contrário, por vezes declarou acreditar ser mais fácil achar um psicótico saudável do que alguém com defesas muito rígidas (Winnicott, 1967d/2016). Para além da maleabilidade de um psiquismo cujas defesas não são muito rígidas (qualidade favorecedora do processo de análise), este psicanalista enxerga, nesses indivíduos, mais oportunidade de recuperação, tendo em vista que a psicose se organiza a partir de defesas contra o padrão de falhas do *ambiente*. Portanto, diante de um novo ambiente, que pode reparar falhas antigas, muita coisa pode ser recuperada e o desenvolvimento pode retomar o seu curso. Winnicott coloca desta forma:

(...) é da psicose que um paciente pode se recuperar espontaneamente, enquanto a psicose não permite a recuperação espontânea, tornando o psicanalista realmente necessário. Dito de outro modo, a psicose tem um vínculo estreito com a saúde, pelo qual um grande número de falhas ambientais congeladas pode ser recuperado e descongelado pelos muitos fenômenos curativos da vida cotidiana, tais como as amizades, os cuidados recebidos durante uma doença física, a poesia, etc (Winnicott, 1954a/2000, p. 381).

Podemos ver nessa citação a grande estima de Winnicott pelos fenômenos transicionais e a sua aposta na potencialidade terapêutica que neles reside. A partir de um espaço potencial que lhes serve de terreno – o que já implica conquistas no sentido da saúde, na possibilidade de transitar –, o mundo interno e o externo podem se conectar, aliviando a pressão entre essas duas realidades e tecendo criações de potencial terapêutico e integrador, por meio do brincar, da arte, da poesia: uma tentativa natural do sujeito de fazer frente ao seu sofrimento (Winnicott, 1971/1975).

Ele ressalta também a qualidade restauradora dos movimentos de regressão à dependência, sempre presentes, em algum grau, nos padecimentos físicos. Uma regressão que envolve poder receber cuidados, assim como um reinvestimento narcísico que tem a função de cuidar – nesse ponto, Winnicott pensa uma espécie de regressão à dependência induzida ou facilitada pelo adoecimento, que, quando ocorre em um espaço dotado de potenciais terapêuticos, contém uma “esperança curativa”, integradora.

Então, quando o autor se refere a ‘fenômenos curativos’, acredito que ele não alude a uma concepção de cura (que se aproxima de algo mágico e carrega uma dicotomia saúde-

doença), mas à possibilidade de trazer alguma costura às fendas e rupturas, algum colorido aos buracos negros (e brancos, esvaziados) do psiquismo, através de fenômenos espontâneos e criativos da vida. Isto é, ele aposta na existência de encontros que possuam uma qualidade terapêutica, nos quais um espaço potencial pode se inaugurar, um espaço que permite união e diferenciação: poder receber as sementes de ilusão e favorecer o seu brotar, porém de uma maneira que não seja confusão, indiferenciada, e sim que possa fertilizar a conquista de uma capacidade transicional¹⁴.

É uma visão esperançosa da força de saúde do psiquismo, uma esperança que é a própria aposta nesse potencial. A qual, quando pensamos em termos clínicos, é uma premissa promotora de construções da dupla analítica nessa mesma direção. Afinal, o psiquismo nasce através do sonho e da constante aposta de um outro psiquismo e continua se desenvolvendo conforme essa aposta sobrevive e se concretiza em cuidados, em sustentação e manejo¹⁵.

Winnicott apresenta uma visão que legitima a psicose (enquanto funcionamento predominante) a partir de si mesma, um olhar nem sempre frequente na psicanálise, que não contrapõe a psicose à neurose. Mais uma vez, é a partir desse tipo de posicionamento que podemos olhar com mais esperança mesmo para os casos em que o sofrimento é mais intenso e desorganizador.

Dessa forma, o que parece interessar Winnicott, muito mais do que qualquer preocupação com a estrutura, é a qualidade do sofrimento psíquico. O posicionamento esperançoso do autor não desconsidera o fato de que o sofrimento psicótico é um sofrimento muito mobilizador das forças do psiquismo, de qualidade intensa e ameaçadora – no sentido de que coloca em risco a

¹⁴ Comunicação pessoal de Nadja Rodrigues de Oliveira, em julho de 2017.

¹⁵ Mais uma vez, a psicanálise e o manejo clínico se apresentam como uma adaptação especializada daquilo que naturalmente acontece, quando tudo corre bem – discussão explorada no terceiro capítulo.

integridade e as conquistas já alcançadas. Sinto que ele ilustra isso ao falar das angústias ou agonias impensáveis, que, por vezes, ele chama também de ansiedades psicóticas (descritas no primeiro capítulo). As expressões que o autor utiliza para essa descrição – como: “ser feito em pedaços”, “cair para sempre” – nos remetem a afetos crus e aterrorizantes, não acompanhados de mediação intelectual ou simbólica – vivências que constituem uma ameaça de aniquilação de si mesmo (Winnicott, 1962a/2007). Como Chamond (2009) coloca, trata-se de “uma agonia primitiva, ou seja, uma *experiência aflitiva extrema, uma angústia de aniquilamento impensável*, no limite daquilo que um ser humano é capaz de sentir” (p. 12, grifos da autora).

Winnicott aproxima o sofrimento psicótico do sofrimento desamparado do bebê e entende que as angústias psicóticas são aquelas derivadas de vivências muito primitivas de agonias inimagináveis (angústias relacionadas à necessidade de reagir às falhas do ambiente, sentidas como intrusões). Trata-se de um sofrimento construído a partir da própria defesa contra essa agonia, que deixa o sujeito de alguma forma conectado à falha precoce, engendrando um esforço contínuo, que tem como objetivo não reexperimentar as mesmas angústias – as quais, por sua vez, lhe roubaram a esperança de confiar no ambiente. São, portanto, experiências que rompem a continuidade e que, a partir da ruptura, distorcem e deformam o fluxo natural do desenvolvimento, pois o bebê precisa construir uma organização defensiva que repudia a intrusão (Winnicott, 1952/2000). A necessidade de se defender, nesse momento da vida em que as defesas são essencialmente precárias, já interfere no curso dos processos de maturação.

Pensamos portanto um cenário do desenvolvimento psíquico que envolve tanto um cuidado rompido, vindo de um ambiente insuficientemente bom, quanto o que o desenvolvimento emocional do bebê engloba – o que e o quanto ele suporta, a partir dos recursos de que já dispõe, e de sua capacidade única e pessoal de criar algo original com base no que vive.

Portanto, é o arranjo que costura a falha do ambiente, a reação do bebê à falha e a reorganização de suas defesas a partir disso que é objeto de exploração no momento.

A condição emocional do ambiente e sua repercussão nos cuidados

Faz-se importante deter esta reflexão por um tempo nas condições emocionais do ambiente e em como o colorido delas compõe a qualidade dos cuidados prestados ao bebê. Esse pano de fundo emocional é comunicado a ele, seja por meio de cuidados suficientemente bons, ou não. O cuidado realizado inscreve o bebê nas emoções vividas por aqueles que dele cuidam e, por isso, a natureza da falha tem relação com a qualidade do estado emocional do ambiente que falha.

Vários elementos da condição emocional materna e familiar farão parte da futura constituição do bebê, e eles já se fazem presentes mesmo antes de sua chegada. Por exemplo, o quanto a gravidez foi desejada e o bebê, sonhado, por aqueles que o gestam (psíquica e biologicamente) tem um importante reflexo na forma pela qual ele é recepcionado, no lugar a ele reservado dentro da família (Mariz & Zornig, 2011). A forma como a gravidez é vivida pela mãe e pela família também ajuda a preparar o terreno para a vivência da preocupação materna primária. Isso envolve tanto o amparo ambiental ao redor da mãe, quanto a sua própria história e momento de vida (Winnicott, 1956/2000).

Isso quer dizer que a regressão sadia da preocupação materna primária é influenciada por diversos fatores, como: a qualidade do amparo oferecido à mãe nas diversas esferas de sua vida (para além da pessoal, a profissional, econômica e sócio-política também importam,

especialmente em momentos de crise); a relação que a mãe tem com o feminino, com a maternidade e com a própria mãe (e/ou com quem desempenhou para ela uma figura materna), e o quanto isso colore essa reaproximação com suas experiências de bebê, com a maternagem que recebeu; a relação com o pai do bebê e com outras figuras que podem participar dos cuidados a ele dispensados; o quanto o parto foi traumático para a dupla (digo, o ‘quanto’, e não ‘se’, pois em certa medida ele sempre é); a ocorrência de uma nova gravidez num espaço muito curto de tempo; a perda de alguma figura importante, entre outros (Winnicott, 1956/2000).

Existe, portanto, uma infinidade de contratempos e obstáculos em potencial aí, que podem desembocar em dificuldades relacionadas tanto ao alcance deste estado psíquico saudavelmente regredido, quanto ao que ele evoca consigo. No primeiro caso, essas dificuldades podem convocar defesas que impedem a mãe de viver essa regressão, desafetando-a, o que pode envolver, por exemplo, impedimentos de ordem narcísica – a mãe não conseguir abandonar temporariamente outras preocupações e voltar-se mais exclusivamente ao bebê, o que implicaria em não “poder passar de um tipo de egoísmo para outro” (Winnicott, 1966a/2013, p. 03). No segundo caso, as vivências primitivas que são revividas e atualizadas – caso não tenham sido suficientemente boas – podem desaguar em estados seriamente deprimidos, ou dissociados e confusos¹⁶.

A naturalidade, o aspecto saudável dessa regressão reside no fato de que tudo o que a mãe vive nesse estado tem como fim facilitar a chegada do bebê e a comunicação com ele. A preocupação materna primária é a condição necessária para o sentimento de unidade entre duas pessoas, para que possam estar tão intimamente conectadas, a ponto de uma saber do que a outra

¹⁶ Os contextos aqui descritos servem apenas como ilustrações de situações em que não houve saúde suficiente – para alcançar, atravessar sem entraves e se recuperar do estado de preocupação materna primária – a fim de pensarmos especificamente as raízes do sofrimento e das angústias de ordem psicótica. Não se tem como propósito limitar esta discussão e a infinidade de conjunturas que ela engloba.

precisa, ou seja, para que comunicações muito primitivas – que antecedem a palavra e o gesto – aconteçam (Winnicott, 1956/2000).

Somente a partir de um estado extremamente sensibilizado, que se aproxima da loucura – no sentido de que se perde, em algum grau não muito intenso, a diferenciação entre “eu” e “não-eu” – é que a mãe consegue se pôr no lugar do bebê e, ao saber do que ele necessita, protegê-lo de experimentar angústias impensáveis (Winnicott, 1962a/2007, 1956/2000). Uma loucura necessária, que precisa ser experimentada livremente, e, para isso, conta com a sustentação do ambiente, assim como com a sua tolerância a esse estado, não o questionando – da mesma forma que o ambiente permite à criança pequena a experiência de ilusão de onipotência. Não há experiência de ilusão, ou de regressão que possa ser experimentada com proveito, sem um ambiente facilitador e acolhedor por trás – o que nos levará à discussão, no próximo capítulo, da qualidade de saúde e esperança na regressão à dependência dentro da situação analítica.

Ser experimentada com proveito envolve, como Winnicott (1956/2000) coloca, ter saúde tanto para alcançar esse estado, quanto para recuperar-se dele. Na fase de dependência absoluta, a vivência da preocupação materna primária favorece a adaptação suficientemente boa da mãe (Winnicott, 1956/2000). Da mesma forma que, recuperar-se desse estado regressivo e intensamente sensibilizado favorece a adaptação suficientemente boa que é coerente com a saída da dependência absoluta, em direção a estados menos dependentes. Por essa razão, se a mãe também não sai de um estado de maior adaptação ao bebê, ele se vê desafiado na tarefa de diferenciar-se e desenvolver-se, tendo em vista que a desadaptação da mãe ao bebê – que apresenta para ele elementos “não-eu” – é em si uma adaptação de outra ordem, à nova “necessidade crescente da criança de reagir à frustração, de ficar zangada e lidar com a rejeição

de tal forma que a aceitação se torne cada vez mais significativa e instigante” (Winnicott, 1967/2013, p. 55).

Por essas razões, encontramos entraves significativos no desenvolvimento emocional de bebês cujas mães não puderam alcançar esse estado regredido, sensibilizado e elástico – que permite uma oscilação entre poder estar muito próxima do bebê, se identificar e suportar a indiferenciação e poder também estar separada, diferenciada e adaptada, realizando os cuidados necessários. Como a identificação materna é o processo psíquico que constitui o ponto de partida nesse jogo pendular do psiquismo, os entraves e obstáculos estão fortemente relacionados a ela. E a questão se torna: houve uma identificação promotora de uma boa adaptação? Ou não houve identificação alguma? Ou a identificação é tão intensa que mistura, confunde e não possibilita uma adaptação suficientemente boa, adulta, diferenciada? No cenário do que não corre bem, ou a mãe se identifica a ponto de se fundir, de perder em alto grau a diferenciação “eu”/“não-eu”, ou ela não se identifica (ou se identifica precariamente), e as interpretações das necessidades do bebê ficam prejudicadas, o que atrapalha um cuidado espontâneo, natural, que parte da sensibilidade materna às sutis comunicações do bebê.

Nos dois casos, há distorções e perturbações na forma de cuidar. Tanto o estado materno que não se sensibiliza, quanto aquele que fica demasiadamente indiferenciado nos sinalizam uma rigidez¹⁷ – relacionada à impossibilidade de transitar entre esses dois estados e funções, de adotar um movimento natural que promove cuidados adaptados e também desadaptações que se direcionam à diferenciação e à independência. Um fluxo que, por sua vez, movimenta a qualidade das necessidades do bebê e o grau de falha que ele pode suportar – já que é o encontro com a mãe em um espaço potencial que vai fundando novas necessidades, pois o bebê passa a

¹⁷ Um dos paradigmas do adoecimento psíquico para Winnicott, como já mencionado na introdução (Winnicott 1971/1975).

precisar exatamente daquilo que a mãe, por meio de suas interpretações, oferece (Winnicott, 1962a/2007).

O que se passa então, nos cenários aqui pensados, quando essa construção interna – que é tanto a possibilidade da mãe de conceber o seu bebê, quanto de encontrá-lo fora de si – não acontece? E como isso se reflete nos cuidados que o bebê recebe e nos elementos que ele usa para começar a se constituir?

O conceber e encontrar, como discutido no primeiro capítulo, é o jogo que prepara o terreno para a capacidade transicional, para a construção de uma terceira área do viver. Para o psiquismo materno, nesse momento, o conceber se relaciona com a sua capacidade de identificação, e o encontrar com a sua adaptação ao bebê, já que há aí uma orientação para a realidade externa. Se a mãe não conta com essa capacidade transicional, se o bebê não pode ser, para a mãe, um fenômeno transicional – concebido subjetivamente pelo seu sonhar e percebido objetivamente ao chegar ao mundo –, um espaço potencial, que favoreça a experiência de ilusão e uma comunicação fluida, não pode ser construído entre eles. Há, no princípio, um desencontro.

A comunicação desencontrada entre mãe e bebê pode levá-los a um contexto no qual o que ela interpreta e oferece não é aquilo do que o bebê precisa. Se, ainda assim, lhe é oferecido, ele só pode recebê-lo enquanto imposição – já que não é algo ao qual ele possa responder; e vemos aí elementos que compõem a intrusão. Pode estabelecer-se uma atmosfera que não comporta espaço para o gesto espontâneo do bebê (expressão de seu verdadeiro *self*), pois a mãe não vê ou até antecipa constantemente os seus gestos – interpretando as necessidades dele segundo uma leitura de suas próprias, atuando a partir das próprias sensações, desejos e presunções (a mãe projeta sem se identificar). E, no lugar do gesto espontâneo do bebê, encontra-se o gesto precipitado da mãe, denunciando a falha em se identificar e se adaptar. O gesto

imposto suscita a submissão do bebê, a sua mera resposta às exigências do ambiente, perturbando a experiência de ser e de afetar o outro, não promovendo para ele a sensação de ser visto, reconhecido – e, assim, conhecer-se através dos olhos da mãe. Isso pode entrar o processo de vir a perceber a mãe como presença “não-eu”, prejudicando o seu desenvolvimento emocional no sentido de vir a diferenciar-se e separar-se, uma vez que a mãe não se percebe diferenciada e separada do bebê.

Para a mãe, diferenciar-se e separar-se do bebê envolve aceitar que ele não é uma concepção mental sua, que ele é diferente do bebê concebido subjetivamente em sua imaginação, que compreendê-lo pode ser desafiador e que ela precisa realizar adaptações que exigem muito de si – que envolvem quase uma “submissão” da mãe à condição mais frágil e desamparada do bebê, deixando-o “ditar a lei” (Winnicott, 1947/2000, p. 286). Essa aceitação, entre outros processos pelos quais, na saúde, a mãe passa, vem naturalmente acompanhada de seu ódio.

Winnicott postula que a mãe odeia seu bebê desde o início – a gravidez e a maternidade lhe apresentam riscos e muitos sacrifícios, o bebê lhe causa diversas frustrações, e os cuidados que ele demanda cansam-na e sobrecarregam-na. O autor nos lembra que o ódio é natural à condição humana, que não é ele que perturba o cuidado, mas sim as defesas inconscientes que tendem a encobri-lo e a negá-lo. Portanto, se poder conhecer o próprio ódio está nas raízes de um cuidado suficientemente bom, negá-lo está na raiz do sofrimento, podendo compor as bases de um funcionamento psicótico (Winnicott, 1947/2000; Araújo, 2003a).

Conhecer o próprio ódio significa conhecer a emoção que habita o mundo interno (poder pensá-la, sonhá-la, fantasiar com ela, por mais que ela seja censurável e desprazerosa); não se trata de chegar a conhecer os seus resultados e atuações – já produtos de um ódio reprimido, que não pode ser concebido e conhecido e, por isso, irrompe atuado nos cuidados com o bebê. As

atuações podem comparecer pela agressividade da mãe (por meio de negligências ou até mesmo ataques), ou por formações reativas (negando o ódio pela via do sentimentalismo, mimando a criança¹⁸). O sentimentalismo, falso em sua essência, romantiza a maternidade, censurando e reprimindo qualquer afeto que não seja estimado, admirável. É uma ferramenta potente para se negar o ódio, já que, além de dificultar seu reconhecimento e potencial elaboração, impede também que o próprio ambiente ao redor da mãe tome conhecimento e possa intervir (Winnicott, 1947/2000; Araújo, 2003a).

Uma atmosfera falsa se instala na relação mãe-bebê quando um afeto importante está sendo negado, há algo sendo escondido – e, como já foi dito, a condição emocional do ambiente é internalizada pelo bebê, que busca se identificar com os afetos que encontra no ambiente¹⁹ (Ferenczi, 1931/2011; Green, 1980/2005). E, por isso, se a mãe não está podendo ser espontânea, fica ainda mais difícil favorecer o gesto espontâneo de seu bebê – afinal, como seria possível agir naturalmente e ser ele mesmo, em um ambiente que não pode fazer o mesmo?

Ao não poder confiar no ambiente para simplesmente ser, o bebê estabelece com este uma interação que acontece apenas a partir de sua submissão, de reações, e não a partir do seu verdadeiro *self*. No que tange ao ódio materno, se a mãe não pode vivê-lo e manifestá-lo com naturalidade e espontaneidade – como, por exemplo, ao frustrar o lactente (em uma medida que

¹⁸ Pensamos aqui um ambiente que não pode entrar em contato com o próprio ódio, o qual se torna, inconscientemente, persecutório. Dessa forma, o ambiente, perseguido pelo próprio ódio e agressividade, não se permite oferecer mais nenhuma manifestação de ódio – como aquelas que compõem cuidados importantes, tal qual a apresentação de limites estruturantes para a criança.

¹⁹ Ferenczi (1932/2011) nos diz que a criança (especialmente diante do trauma) identifica-se ansiosamente com o adulto, mesmo com aquele que a ameaça e agride. Os sentimentos negados pelo adulto tendem inclusive a ser, pela identificação ansiosa, introjetados pela criança, que sensivelmente recebe essa comunicação. Green (1980/2005) postula que, diante de uma mãe enlutada, ou deprimida, o bebê, a fim de estabelecer uma ligação com ela, reage a partir de uma simetria reativa, identificando-se de forma espelhada e tornando-se não parecido com o objeto, mas de fato o objeto. Ambos os autores se referem a um mimetismo primitivo nesse tipo de reação.

não seja excessiva, mas que promova a diferenciação) –, o bebê não vive a experiência de ser odiado e não pode assim também ter espaço para odiar, já que Winnicott (1947/2000) entende que o bebê “precisa de ódio para poder odiar” (p. 287).

A mãe que conhece o seu ódio suporta a ambivalência natural das relações, e isso quer dizer poder se relacionar com pessoas totais, inteiras – poder integrar os objetos. Quando o ódio pode ser verdadeiramente vivido, isto é, utilizado criativamente, e não reativamente, como tentativa de negá-lo, o ambiente pode se tornar digno de confiança (Winnicott, 1971/1975), mostrando que sobrevive ao ódio e permanece amando. Já diante de um ódio negado, ou atuado, algo há de se quebrar, pois o bebê não tem recursos para tolerá-lo.

Os funcionamentos aqui pensados envolvem justamente dificuldades nessas esferas: de uma recusa à diferenciação e à separação, de uma dificuldade em integrar os afetos e os objetos (sentir amor e ódio sem cindir os objetos), de uma relação perturbada com o próprio ódio (o qual não pode ser pensado e tolerado, acabando por ser evacuado através de delírios e alucinações). A discussão do ódio será retomada no próximo capítulo, ao endereçarmos as experiências vividas pela dupla analítica na transferência.

Nossa discussão segue então para uma reflexão sobre os resultados dos insucessos ambientais nos primeiros cuidados, ou seja, para como tudo isso impacta o bebê. Afinal, a mãe pode viver dificuldades em um momento inicial e mesmo assim uma boa maternagem pode acontecer – ela pode estar sendo bem amparada psicologicamente, ou o bebê pode contar com outras pessoas que o acompanham e que consigam se identificar com ele de forma proveitosa (contribuindo para que as adaptações aconteçam, mesmo que minimamente, possibilitando um cuidado com menos entraves). O que importa é, portanto, a conjuntura produzida por esta

complexa equação: o que o ambiente consegue, por meio dos cuidados, apresentar ao bebê e como ele pode receber o que o ambiente faz, reagir, responder, criar, a partir das trocas vividas.

O ambiente que falha e a constituição psíquica a partir do fracasso ambiental

A falha ambiental, na leitura aqui realizada, é uma trama complexa que envolve as inúmeras sutilezas das trocas entre o bebê e o ambiente. Ela não é um fato isolado, ou observável, mas o resultado de uma interação dentro do conjunto ambiente-indivíduo. Esta discussão volta-se às falhas que acontecem nos primórdios da relação entre o bebê e o ambiente e ao modo como elas compõem as defesas e organizações psicóticas.

Para o bebê, que se encontra em absoluta dependência, a falha do ambiente em realizar uma adaptação sensível às suas necessidades implica necessariamente privações. Ao não ter necessidades primárias atendidas, ele experimenta angústias despedaçadoras, incontornáveis, pois, diante de sua condição ainda imatura, ele não conta com recursos para responder à falha ambiental – ele não pode expulsá-la, atribuí-la ao mundo “não-eu”, ou projetá-la no outro; só lhe resta reagir. Ou seja, na medida em que o bebê é ainda muito dependente e não alcançou uma diferenciação entre “eu” e “não-eu” (a existência de um mundo interno e outro externo ainda não é concebível), ele não pode compreender a falha enquanto algo ambiental, não pode localizá-la fora de si (Winnicott, 1963a/2007).

O movimento de reagir se localiza no extremo oposto do “poder ser”, da liberdade de “ser si mesmo”. A reação rompe a sensação de ser (e de continuar sendo), aniquila e consome a “força vital” do bebê (Winnicott, 1950-1955/2007, p. 303). O fundamental, nos primórdios da

vida, é a experiência verdadeira de *ser*, oferecida e facilitada pelo ambiente (Winnicott, 1966c/1994, 1971/1975). Reagir, portanto, já configura um “fazer” – e pior, um fazer prematuro, pois retira o bebê da experiência original de ser, que é a sua necessidade no momento, deformando assim a fluidez e continuidade dessa vivência. Citando o autor: “A falha da mãe em adaptar-se na fase mais primitiva não leva a coisa alguma, salvo à aniquilação do eu do bebê (...). Suas falhas não são sentidas como falhas da mãe, e sim como ameaças à existência pessoal do eu” (Winnicott, 1956/2000, p. 403).

Essas experiências, muito intensas e mobilizadoras, são registradas pelo bebê como intrusões, como quebras e rupturas de seu sentimento de ser, de sua paz e da continuidade do seu viver. Nas palavras de Winnicott: “Sempre que o ambiente falha em sua tarefa de adaptar-se, ele é automaticamente registrado na forma de uma intrusão, algo que interrompe a continuidade do ser, a qual, quando não seccionada, teria se transformado no ego do ser humano diferenciado” (1955-1956/2000, p. 394-395). A ruptura da continuidade atravessa passado, presente e futuro, interrompe não somente o que está se desenvolvendo, como perturba o que já foi conquistado e o que ainda está por vir no processo de amadurecimento, sem possibilidade, nesse momento, de ser atribuída a nada ou a ninguém.

O termo intrusão carrega consigo a ideia de algo que vem invadir o espaço interno do bebê, que invade interrompendo, com uma qualidade imprevisível e inconcebível, como diz o autor: “no extremo da falha ambiental, há uma sensação de imprevisibilidade” (Winnicott, 1970/2013, p. 74). A partir dessa ideia é possível pensar que as perturbações do ambiente pegam o bebê de surpresa – elas são experiências inéditas e inimagináveis, pois ele ainda não viveu nada que o preparasse para atravessá-las, para suportá-las – o que deságua em afetos da ordem do sobressalto, do susto, que interrompem e ameaçam o “seguir sendo” (Oliveira, 2011). A

precocidade dessas vivências pressupõe uma imaturidade do bebê, uma escassez de recursos: “Fica mais uma vez evidente que o que traumatiza o indivíduo (...) é algo que vai muito além do que é esperado, que excede a capacidade de lidar com a situação, não permitindo a retomada da sequência normal do desenvolvimento” (Araújo, 2003, p. 152).

A intrusão se configura em um momento que antecede a percepção de objeto (isto é, o reconhecimento do outro enquanto “não-eu”), diferenciando-se portanto do conceito de invasão, que faz referência a um acontecimento posterior a uma diferenciação “eu” / “não-eu”, algo minimamente concebível, quando alguma preparação ou proteção está ao alcance do sujeito. A intrusão envolve necessariamente um choque, uma sensação de colisão imprevisível²⁰. Segundo Ferenczi (1934/2011), o choque, enquanto uma comoção psíquica que irrompe inesperadamente, “é equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do Si mesmo” (p. 125). Essa aniquilação, na leitura winnicottiana, é o que resulta da necessidade de reagir (que vem ocupar o lugar do interagir espontâneo). Um ambiente imprevisível, que não pode se adaptar de forma natural e intuitiva, torna-se ameaçador do ponto de vista do bebê, afetando assim a internalização da realidade externa, que passa a ser percebida como um objeto incompreensível e não merecedor de confiança (Winnicott, 1970/2013).

Assim, em sua limitada experiência de vida, o bebê registra apenas o caos, o extremo desprazer, em toda a sua crueza – e os efeitos dessa experiência na sua possibilidade de confiar no ambiente (Winnicott, 1968/2013). São vivências excessivas para um psiquismo ainda em formação, que não dá conta de mediá-las. Como discutido no capítulo anterior, nesse momento, essa função mediadora pertence ao ambiente, que deve atuar como escudo protetor e ego-auxiliar, pensando pelo bebê e servindo de anteparo entre ele e o mundo (Khan, 1963/1974).

²⁰ Comunicação pessoal de José Outeiral, em palestra da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro, ocorrida em abril de 2013.

Quando existem fendas nesse escudo, quando ele fracassa em ser de fato protetor, e o bebê não pode contar com o amparo do ambiente, ele só sobrevive aos excessos ficando sobrecarregado internamente, psiquicamente – se ele não pode descarregar os excessos no objeto (porque este ainda não existe como tal), o excesso só pode ficar com ele, voltar-se para ele (Khan, 1963/1974). Assim, se a falha não pode ser separada de quem o bebê é e em quem está se tornando, ele pode apenas reagir a ela *e a partir dela*. É da impossibilidade de separação que nasce a *con-fusão*.

Essa reação é, portanto, aquilo que deixa bebê e falha conectados, que engloba não só a falha, como a individualidade do bebê – é a reação em si que rompe e interrompe, que marca e traumatiza. Como coloca Winnicott: “Naturalmente são as *reações* às intrusões que contam, não as intrusões em si mesmas (...). O excesso de reações não provoca frustração, mas uma *ameaça de aniquilação*” (Winnicott, 1956/2000, p. 403, grifos do autor).

Ou seja, não é de frustração ou de raiva que se trata, mas de algo que possui caráter aniquilador, distorcido – poder sentir raiva ou frustração, decepção, já seria uma forma de resposta (e até de interação), que difere do reagir. A raiva é uma conquista que implica o reconhecimento do outro como autônomo e separado, assim como o reconhecimento de que algo poderia acontecer de forma diferente. Enraivecêr-se envolve ter em mente um ideal e ter esse ideal destruído (Winnicott, 1968/2013). Numa fase primitiva, “certamente não haverá raiva, e sim alguma forma de distorção do desenvolvimento” (Winnicott, 1956/2000, p. 400). Por essas razões, onde se tem uma raiva apropriada, entendemos que a falha não foi além da capacidade do indivíduo de tolerá-la (Winnicott, 1965a/1994).

Já quando as falhas acontecem em um momento ainda de indiferenciação e dependência, a construção da personalidade passa a ser diretamente afetada (Winnicott, 1963d/1994; Loparic,

2006). Pensemos no levantamento de um edifício: qualquer construção, para vir a ser edificada, precisa de uma base e é erguida *a partir* dessa base. Quando a base não é sólida, isso compromete outras partes do edifício, pois a sua estrutura²¹ está, de alguma forma, relacionada aos seus pilares e ao que eles lhe proporcionaram (em termos de equilíbrio, solidez, curvatura, firmeza, etc.). A qualidade e a organização dos pilares em cima dos quais ele pode se erguer é relevante, elas fazem parte daquilo que o compõe enquanto construção²². Quando há falhas no terreno, nos pilares, a construção é desafiada, requerendo por vezes “desvios” e remendos improvisados em seu percurso edificante, a fim de reparar os desníveis. Insistindo por mais um momento na metáfora, o nosso papel enquanto analistas assemelhar-se-ia ao do engenheiro, que deve encarregar-se da integridade do edifício, prestando os cuidados necessários, sem desconsiderar seus contornos, e, dessa maneira, trabalhando a fim mantê-lo de pé, *a partir* dos pilares que já o sustentam.

O bebê, enquanto um ser em construção, não tem como se preparar ou fazer frente ao fracasso ambiental enquanto não puder se diferenciar do ambiente que falha e, portanto, da falha em si. Nesse momento, ele não tem meios para compreender que algo não vai bem e que os cuidados poderiam ser realizados de outra maneira; ele não pode comunicar os afetos aterrorizantes que o assolam quando falham com ele; em suma, ele não tem influência ou controle algum “sobre o que é bem ou mal feito, mas apenas está em posição de se beneficiar ou de sofrer distúrbios” (Winnicott, 1960a/2007, p. 46).

Assim, em um primeiro momento, não importa muito a qualidade da falha, mas sim a sua intensidade, repetitividade e precocidade – sobretudo o que importa para o bebê é ter suas necessidades satisfeitas, tanto aquelas passíveis de observação e referentes à sua fisiologia (como

²¹ O uso do termo ‘estrutura’ nesta construção tem apenas fins metafóricos, não tendo o intuito de aludir a uma concepção estruturalista do psiquismo.

²² Da mesma forma que o sonho que a mãe sonha de seu bebê faz parte do bebê e de seu vir-a-ser.

a necessidade de ser nutrido, higienizado), quanto as mais sensíveis, de qualidade preponderantemente afetiva (como a necessidade de ser bem segurado, amado, de poder ser ele mesmo). As intrusões podem ser marcadas tanto por excessos de presença, quanto excessos de ausência na relação do ambiente com o bebê (Winnicott, 1956/2000). A questão central é a vivência, extremamente subjetiva, do que é excessivo. Winnicott oferece uma ilustração:

O sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do que x minutos, então a *imago* se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em $x + y$ minutos. Em $x + y$ minutos, o bebê não se alterou. Em $x + y + z$ minutos, o bebê ficou traumatizado (Winnicott, 1967a/1975, p. 156).

Como já havíamos colocado, o que tem caráter de ruptura, de trauma é aquilo que extrapola (no tempo, na frequência) as capacidades psíquicas, os recursos de que o bebê dispõe para elaborar a falha, para continuar mantendo a mãe viva dentro de si – é o que extrapola a sua capacidade de manter-se esperançoso: em $x + y + z$ a esperança se esgotou. Assim, $x + y + z$ pode referir-se a minutos, como também a experiências repetitivas e frequentes. Em suma, refere-se a um momento de angústia insuportável, no qual o bebê perde qualquer esperança de ser salvo e recorre à autodestruição da consciência (Ferenczi, 1934/2011), isto é, à cisão e fragmentação do “eu”, arranjos defensivos que o protegem de retornar ao estado de confusão aguda (Winnicott, 1967a/1975).

Nesse sentido, o caráter de excesso está estreitamente vinculado à precocidade das experiências. E aqui a natureza da falha é menos importante do que o momento de sua ocorrência, na linha de vida do bebê – pois em uma época precoce, as manobras defensivas que

estão ao seu alcance só podem ser demasiadamente precárias. Assim, a questão não é apenas o defender-se, mas a *qualidade* do defender-se. Nas palavras do autor: “é a rigidez das defesas que constitui a anormalidade nesta fase, não as próprias defesas” (Winnicott, 1965/1994, p. 94). Mais uma vez, vemos o paradigma do adoecimento e do sofrimento para Winnicott sendo compreendido pela rigidez psíquica; aqui, especificamente, pela rigidez dos mecanismos de defesa que compõem a mente primitiva do bebê.

A natureza das falhas, no entanto, sustenta alguma ligação com a natureza das defesas envolvidas nas reações por elas provocadas. A qualidade da falha comunica a qualidade do estado emocional materno, o fracasso ambiental denuncia algo desse cenário afetivo, pois conecta o bebê ao mundo interno da mãe, com o qual ele busca se identificar – ancorando-se nas emoções ali encontradas, internalizando a mãe – sem, no entanto, ainda percebê-la como “não-eu” (Ferenczi, 1932/2011; Green 1980/2005).

Mais uma vez, vale a pena ressaltar que não estamos apontando para falhas pontuais ou pouco freqüentes, e sim para aquelas que caracterizam o *padrão* de cuidados. Pois, por mais que tenhamos situações potencialmente traumáticas, se elas não forem muito frequentes e, principalmente, se tivermos um ambiente minimamente identificado e atento ao bebê, as falhas podem ser reparadas, e os cuidados retomados – reestabelecendo a continuidade de ser e a confiança do bebê no ambiente, num momento em que ela é imprescindível para o seu desenvolvimento psíquico (Winnicott, 1966/2008, 1968/2013).

Se reagir a irritações é o padrão da vida da criança, então existe uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada, capaz de ter um *self* com um passado, um presente e um futuro. Com uma *relativa* ausência de reações a irritações, as funções

corporais da criança dão uma boa base para a construção de um ego corporal (Winnicott, 1963a/2007, p. 82, grifos nossos).

É interessante pensar como os potenciais inatos do bebê, quando poupados de perturbações excessivas, norteiam o desenvolvimento, tendem à integração. Se não existe um padrão de falhas nos cuidados, as tendências inatas impulsionam livremente o fluxo dos processos de maturação. A falha é essencialmente a dificuldade do ambiente em facilitar o amadurecimento, e, por essa razão, o ambiente que não for facilitador já será sentido como intrusivo (Dias, 2008).

Ainda fazendo referência à citação, vale chamar a atenção para a forma como Winnicott se expressa: ele se refere a “uma *relativa* ausência de *reações* a irritações”. Ele não defende uma absoluta ausência de reações e de irritações, assim como deixa claro que uma parte desse jogo se refere à subjetividade do bebê. Têm-se reações do bebê e irritações por parte do ambiente em um desenvolvimento saudável, pois as falhas estão sempre lá – e por essa razão, conhecer algo sobre a tensão do reagir é universal. Porém ter a reação como padrão já nos aponta para um desvio do sentido da saúde, para a necessidade de construir a personalidade em torno da reorganização das defesas, isto é, a partir dos resultados das rupturas e não da continuidade. Vemos nesses casos os funcionamentos mais fragmentados e desintegrados da psicose.

Em alguma medida, essa oscilação entre frustrar o bebê minimamente e reparar a frustração está sempre em jogo. Na saúde, a mãe está continuamente corrigindo as falhas de sua adaptação, o que acaba comunicando ao bebê a sua genuína atenção e preocupação, oferecendo-lhe uma sensação de segurança (Winnicott, 1968/2013). Como já afirmamos, o fator decisivo aqui é o padrão de falhas e reações (não só reincidentes, como não reparadas), é o fracasso consistente do ambiente em se adaptar suficientemente bem. Assim, o determinante para que

haja ruptura é o jogo entre intensidade e precocidade, se o padrão de reações do bebê quebra as experiências de ilusão de onipotência e de continuidade.

Do ponto de vista do bebê, é muito proveitoso quando a oportunidade para uma reparação se apresenta. O bebê, tendo sobrevivido à falha, vive agora a experiência de retomar a sua continuidade, o que lhe traz uma sensação de confiança no ambiente, de estar sendo visto, acompanhado e de ter sido amado (Winnicott, 1966/2008, 1968/2013). A possibilidade de reparação indica que há um ambiente afetivamente disponível – que há ali “um ser humano que se preocupa” (Winnicott, 1968/2013, p. 87) – e isso fortalece a esperança.

Pode-se usar o verbo reparar no seu duplo sentido aqui: tanto de perceber, notar, registrar, quanto de cuidar, compensar, retratar, restaurar. A mãe primeiro nota a falha, a reconhece e pode pensá-la e, posteriormente, oferece cuidados que sejam voltados à retratação dessa falha, à restauração do que se rompeu. Não reconhecer a falha, negá-la, envolve tanto não poder repará-la, quanto permanecer falhando – o próprio reconhecimento já pode ser em si uma reparação, pois tem o potencial de evitar a repetição que caracterizaria o padrão de cuidados. Segundo Ferenczi (1932/2011), ainda neste sentido, a legitimação da falha e de seus efeitos pelo ambiente já é efetivamente reparadora, pois evita que se configure para a criança um desmentido, que a retraumatizaria.

Na clínica com crianças, com frequência, nos deparamos com duplas de mães e filhos cujos conflitos e dificuldades remontam aos entraves vividos durante essas primeiras experiências íntimas entre mãe e bebê. Ao construirmos um espaço dentro de nós para receber uma criança, transitamos entre o relato que ouvimos daqueles que trazem a criança, o brincar da criança (ou a ausência da capacidade de brincar) e as nossas próprias sensações durante os atendimentos, o que elas nos comunicam. Por vezes podemos ver as dificuldades precoces

vividas pela dupla se atualizando na cena clínica. A fim de desenvolver um pouco esse pensamento, e de costurar as ideias apresentadas, sinto ser pertinente compartilhar aqui uma vinheta clínica que, a meu ver, transmite a vivência de obstáculos e impedimentos no alcance do estado de preocupação materna primária, bem como no reconhecimento e reparação das dificuldades que daí desembocaram.

No momento que descrevo aqui, eu atendia Fernando²³, de 6 anos, há alguns meses, uma criança que vivia um intenso isolamento autístico e que manifestava muito sofrimento ao se separar, em especial no começo e ao final das sessões (ao separar-se da mãe para iniciar o atendimento e ao separar-se de mim para encerrá-lo). Nesses momentos, sua reação era de extrema angústia, gritava intensamente, chegando por vezes a se bater ou se machucar. A sensação que ele me transmitia era de muito desespero, de uma profunda aflição diante da nossa separação, da constatação de que eu me localizava fora de seus contornos e de seu controle onipotente (uma constatação que ainda não podia ser uma construção e chegava para ele de forma crua e violenta – uma apresentação do princípio de realidade num momento em que este ainda não podia ser concebido por ele).

Diante de maiores afastamentos, como em períodos de férias, essas reações eram ainda mais intensas, tanto quando eu comunicava a proximidade de nosso distanciamento, como nos primeiros reencontros após este. E não somente diante das separações concretas as suas respostas possuíam essa qualidade, mas também durante qualquer interação na qual eu me comportasse de forma diferente daquela que ele gostaria, ou seja, em que eu me diferenciasse dele – por vezes o formato de uma letra que ele me pedia para escrever não saía como o imaginado, ou eu não compreendia o que ele estava pedindo, e a resposta poderia ser da mesma ordem. Eu sentia, com

²³ Os nomes aqui utilizados são fictícios, e os dados da história clínica que favoreçam a identificação dos sujeitos foram omitidos ou alterados.

frequência, que receber qualquer constatação de que eu me encontrava fora de seu controle onipotente, que o nosso momento juntos poderia ser atravessado por sons de fora, que era regido por um tempo incompreensível para ele, era uma experiência que mobilizava angústias despedaçadoras. A sua necessidade era ainda de viver experiências em um campo subjetivo onde pudesse se relacionar com objetos subjetivos: concebendo o seu mundo a partir da vivência da ilusão. A qualidade de seu sofrimento psíquico me comunicava a necessidade de ainda inaugurar essa área onipotente e ilusória, antes de ser possível suportar a qualidade compartilhada e objetiva do mundo. Ainda era preciso viver um mundo que fosse ele mesmo, para que, gradualmente, ele pudesse vir a se apropriar desse mundo, compartilhando-o com outro (Safra, 1998).

As sessões com a mãe de Fernando eram com frequência longas, sendo difícil encerrá-las. Ela me sinalizava sair frustrada, pelo tempo da sessão nunca ser suficiente para a construção que ela gostaria de fazer – por eu oferecer sempre algo a menos do que ela precisava. Certa vez, logo no começo do trabalho analítico, em uma sessão que ela vinha falando quase exclusivamente de si mesma, eu, na tentativa de usar esse tempo ao nosso favor, sinalizei essa percepção, com um convite a voltarmos a falar de seu filho. A este, ela me respondeu, em tom de voz irritadiço: “mas você entende que falar de mim é falar dele, que é a mesma coisa?”

A minha constatação, a partir do meu olhar e percepção, de que eles eram dois, de que havia separação e diferenciação aos meus olhos, pareceu trazer uma emoção reativa, similar àquela que seu filho expressava (porém, nesse contexto, mais contornada, e simbolizada dentro de um discurso). Após essa sessão, por muito tempo ela evitou encontrar comigo, mesmo na sala de espera, e demorou quase um ano para aceitar marcar uma sessão comigo novamente.

Logo que Fernando nasceu, sua mãe perdeu o próprio pai, um luto que foi extremamente doloroso para ela e durou muito tempo, segundo o seu relato. Sinto que ela não estava, nessa época, podendo se voltar ao filho na medida em que ele necessitava, estando muito ocupada pela dor e pelo luto, que talvez a tenham atrapalhado no alcance de um estado ainda mais sensível, atento a ele e às necessidades dele. Eventualmente ela se referia, durante as nossas sessões, ao quanto era lamentável não terem vivido “aquele comecinho juntinho, só nós dois, a gente não teve sabe, eu não ‘tava’ legal nessa época”. A sua fala me comunicava um enorme pesar, acompanhado de muita culpa. Ao mesmo tempo, a fala irritada, que nega a separação, sinalizava para mim o vínculo ainda presente com essa experiência, a ligação que sobreviveu, reivindicando algo que não pôde ser vivido.

Foi no momento do encontro primário, quando se podia ter experimentado a junção, a extrema identificação da mãe com o bebê, que algo não pôde acontecer, quando seria proveitoso que acontecesse (Winnicott, 1963d/1994). E assim, da mesma forma que, para haver desmame, é preciso ter havido amamentação, e, para haver desilusão, a ilusão precisa ter sido experimentada (Winnicott, 1952/2000), para haver separação é preciso ter havido união. Logo, não é somente a separação que é negada, mas sobretudo a falha que atrapalhou o laço inicial, a junção natural entre os dois. Uma falha que não pôde ser reparada, pois não pôde ser pensada e reconhecida, impossibilitando qualquer restauração – e que segue sendo negada, pelo movimento de fundir-se. A fusão reitera a negação, pois, enquanto a união primária remete à intimidade, à mutualidade e ao movimento de suportar a indiferenciação do bebê, a fusão remete à mistura e à confusão – e, então, tanto a falha deixa de ser notada e reconhecida, quanto a criança, em sua condição diferenciada e separada.

Condição tal que continuava não podendo ser vista: a fala da mãe comunica que a criança ainda não é percebida separada dela, o que perturba a própria concepção da separação e diferenciação pelo filho – a dificuldade materna se apresentava no sintoma da criança, que desesperadamente não suportava a separação. Talvez poder perceber a criança envolveria perceber também a falha, que remonta a um momento extremamente doloroso para a mãe.

Dando seguimento à esta análise, vemos ainda que não se trata apenas dos recursos psíquicos maternos, mas também de como eles podem estar mobilizados em certos períodos da vida, como naquele próximo à morte de uma pessoa importante na história da mãe. E também a forma pela qual o bebê, em sua individualidade, internaliza o ambiente e interage com ele.

De toda forma, e principalmente para a formação do sintoma, é o que o sujeito cria a partir do vivido que o marca, que vai traumatizá-lo de forma estruturante ou desorganizadora. Há algo pessoal e subjetivo do bebê na sua forma de registrar a falha (isto é, de reagir) que retém alguma qualidade criativa, algo de sua criatividade primária. A capacidade criativa do bebê – que participa da construção de sua própria história, de forma única – está presente desde o começo da vida. Segundo o olhar winnicottiano, a datar do princípio da vida, existe uma criatividade em potencial, e já na “primeira mamada teórica o bebê tem sim uma contribuição a fazer” (Winnicott, 1988/1990, p. 30). E essa criatividade primária, enquanto potência e força vital, jamais se perde – por mais que o potencial criativo esteja ferido, ou inibido, enquanto houver vida ele não pode ser inteiramente destruído (Winnicott, 1971/1975, 1988/1990).

Segundo Khan (1963/1974), não devemos deixar de lado o fato de que, embora o bebê seja frágil e dependente, ele dispõe também de “uma grande e inerente adaptabilidade e potencialidade (força)” (p. 72). Assim, a partir de uma força inata, ele pode não só recuperar-se

das fendas do escudo protetor, como usar as tensões (como uma espécie de alimento) para se reestruturar e continuar se desenvolvendo (Khan, 1963/1974).

A criatividade primária e as forças inatas do bebê fazem parte do sintoma, do processo de criação que o constrói: as reorganizações defensivas. Dessa forma, podemos entender o sintoma também como uma criação individual (Ab'Sáber, 2005), que guarda em si um traço original do indivíduo, vindo de sua criatividade primária, e de sua forma, única e pessoal, de usá-la a serviço da saúde (e da autoconservação), de usar os próprios recursos na construção de si mesmo, a partir do que a atmosfera afetiva do ambiente lhe oferece. Por isso, “quaisquer que sejam os fatores externos, *é a visão que o indivíduo tem do fator externo que conta*” (Winnicott, 1962a/2007, p. 59).

A reorganização defensiva e o colapso das defesas

ESPELHO
d'après e. e. cummings

Nos cacos
do espelho
quebrado
você se multiplica
há um de você
em cada
canto
repetido
em cada
caco

Por que
quebrá-
-lo
seria
azar?

Ana Martins Marques

Após consolidado um padrão de intrusões do ambiente, o bebê, traumatizado e enfraquecido pela necessidade repetida de reagir, precisa se reorganizar – a confiança no ambiente foi perdida, a esperança (inclusive de poder voltar a confiar) foi abalada e ele ficou então com a árdua tarefa de se defender das angústias primitivas e imponderáveis que experimentou. Um padrão falho estabeleceu-se no ambiente, e, por isso, este não é mais imprevisível, mas previsível da pior maneira, o que leva o bebê a lançar mão das defesas mais primitivas de que dispõe (Winnicott, 1969/1994).

Vemos então as defesas a serviço de uma organização que repudia o caos, contra a revivescência de experiências desoladoras e contra o retorno do estado confusional inerente ao reagir (Winnicott, 1952/2000, 1967a/1975). A personalidade dos bebês que foram

significativamente traumatizados em sua primeira infância acaba se construindo, portanto, “em torno da reorganização de defesas que seguem os traumas, defesas que devem precisar reter aspectos primitivos, tais como a cisão da personalidade” (Winnicott, 1969/1994, p. 201).

Ferenczi (1931/2011, 1934/2011) nos diz que, em estados de choque, uma paralisia da espontaneidade sobrevém ao sujeito, que experimenta uma agonia psíquica de qualidade de dor insuportável. Ao choque, ou comoção psíquica, segue-se a instauração de uma nova situação (deslocada) de equilíbrio – o equilíbrio não pode ser restaurado ao que era antes do choque, transformado que foi por este. Assim, buscando uma situação de reequilíbrio, o indivíduo constrói uma organização defensiva ao redor dos efeitos angustiantes da falha, protegendo-se do contato com eles. A defesa possibilita a sobrevivência à falha, porém as marcas seguem existindo – a experiência de viver algo caótico é carregada pelo bebê (Winnicott, 1963d/1994).

As manobras defensivas primitivas têm qualidade essencialmente precária e são marcadas por movimentos de isolamento (com o seu extremo sendo a invulnerabilidade de ordem autística) e cisão do “eu”. Tais arranjos defensivos atuam entre o bebê e o ambiente, buscando preservá-lo de novas intrusões. Nesse sentido, a reorganização defensiva dessa ordem acaba por poupá-lo também de interações verdadeiras, das trocas com o ambiente e da possibilidade de ser estimulado por ele – aí as defesas têm repercussões no desenvolvimento, entravando o processo de amadurecimento, que precisa do contato com o outro para se desenrolar. Portanto, depois de algum tempo, o que vemos não é mais a falha, ou a reação, mas a reorganização defensiva daí resultante, a qual ganhou um lugar central na existência do indivíduo, que passa a se constituir a partir dela.

O fracasso ambiental, justamente por ser precoce, é sentido e experimentado pelo bebê a partir de sua fragilidade. É a parte mais sensível do indivíduo que recebe a falha, que a sente: o

seu verdadeiro *self* – que, nesse momento, é o núcleo do seu “eu”, composto fundamentalmente por seus instintos (Winnicott, 1960/2007). A fim de proteger essa parte, algo precisa ser isolado do contato com o ambiente, já sentido como ameaçador – e assim, através de uma cisão, a parte que viveu o caos é encapsulada, ficando inacessível.

Segundo Ferenczi (1931/2011), em um momento muito precoce, o que temos é uma *autoclivagem narcísica*, que divide o indivíduo entre: “uma parte sensível, brutalmente destruída, e uma outra que, de certo modo, sabe tudo mas nada sente” (p. 88). Essa defesa é resultado de uma grande pressão sobre o indivíduo, que o fragmenta, estimulando o desenvolvimento prematuro de uma “instância autoperceptiva que quer acudir em ajuda” (Ferenczi, 1931/2011, p. 89). Assim, a parte que se mostra, que se localiza periféricamente, voltada para o exterior, é aquela que amadurece precocemente e repentinamente diante do choque, “no plano não só emocional mas também intelectual” (Ferenczi, 1932/2011, p. 120), amadurecendo a partir da extrema identificação com o ambiente adulto, uma identificação tão sensível, que permite ao sujeito responder de forma altamente adaptada às demandas ambientais (Ferenczi, 1931/2011, 1932/2011, 1934/2011).

Assim, dialogando com o entendimento winnicottiano, podemos pensar que, diante de uma cisão do “eu”, o bebê fica dividido entre: um núcleo secreto, preservado e escondido, que é o verdadeiro *self*, a instância que ficou ferida; e uma outra parte, periférica, protetora, intelectual, que é voltada para o ambiente – é a parte que sobreviveu à falha, adaptativa e submissa, o falso *self*. É curioso como o bebê sobrevive à falha assumindo justamente a postura adaptativa que lhe faltou – se o ambiente não pôde ser adaptativo, o bebê precisa ser, para que não seja completamente usurpado pelas imposições aniquiladoras da intrusão. Assim, o falso *self* atua, no fim das contas, a serviço do verdadeiro *self*, do núcleo do viver real, nas palavras do autor: “Esse

eu falso é sem dúvida um aspecto do eu verdadeiro. Ele o oculta e o protege, e reage às falhas da adaptação, desenvolvendo um padrão que corresponde ao padrão das falhas” (Winnicott, 1955-1956, p. 395). O falso *self* é a via pela qual se sobrevive à aniquilação total (Winnicott, 1960/2007).

E sendo o falso *self* a parte que mantém contato com o mundo, seu desenvolvimento prossegue (por mais que de forma falsa, deslocada, isto é, a partir de premissas adaptativas e submissas ao mundo externo), enquanto a parte que é encapsulada tem seu desenvolvimento pouco estimulado, quase congelado, diante do perigo que é, para o sujeito, expô-la à realidade compartilhada e correr o risco de tê-la novamente ferida (Winnicott, 1967d/2016).

Com o impulso criativo e a espontaneidade inibidos, a parte verdadeira do viver vai perdendo a sua expressão, a sua vitalidade (Dias, 2014). Pode-se chegar a uma existência dupla, na qual o sujeito se divide entre uma parte verdadeira e secreta, por vezes até bastante desconhecida (ou conhecida apenas no extremo da atuação, da compulsão, do isolamento), e uma outra protetiva, que nada sente, que não pode se expressar de forma espontânea, limitando-se a responder e, principalmente, a imitar o gesto do outro (Winnicott, 1960/2007). Separada da potência do “ser”, a identidade falsa, enraizada no “fazer”, segue (inutilmente e permanentemente) procurando encontrar o “ser” no “fazer” (Dias, 2014). É comum que, de tempos em tempos, se retorne totalmente ao isolamento, o qual não só protege de invasões, como permite o reencontro com a sensação de ser e consigo mesmo – sendo esse o único cenário no qual é possível experimentar o viver criativo e espontâneo, aquele que possibilita ao bebê sentir-se descobrindo o ambiente (Winnicott, 1952/2000).

Não é incomum vermos, na atuação clivada do falso *self*, o desenvolvimento exacerbado de uma capacidade intelectual, que tem como objetivo compensar as falhas ambientais, isto é,

dar conta, intelectualmente, daquilo que o ambiente não deu, organizando assim um funcionamento mental que passa a ter vida própria, a existir por si mesmo (Winnicott, 1949a/2000), substituindo as funções do ambiente, tentando realizar intelectualmente aquilo que não pôde ser feito sensitivamente, intuitivamente pelo ambiente. Na saúde, a atividade intelectual também se desenvolve nesse mesmo sentido: o de compreender as falhas adaptativas e fazer delas algo bom, liberando a mãe da necessidade de ser quase perfeita. Segundo Winnicott (1949a/2000), se a mãe é suficientemente boa, “o bebê virá a dar conta de suas falhas através da atividade mental. (...). Essa atividade mental do bebê transforma um ambiente *suficientemente bom* num ambiente perfeito, ou seja, transforma a falha relativa da adaptação num êxito adaptativo” (p. 335, grifos do autor).

Porém, nos casos em que não se trata de falhas relativas, mas sim de um padrão de falhas, o funcionamento mental pode vir a ser estimulado ao ponto de uma hiperatividade (predominantemente intelectual, e não psíquica), cujo objetivo é preencher, ansiosamente, as lacunas deixadas pelo comportamento falho e inconsistente do ambiente. Pela via do intelecto usurpam-se as funções ambientais, procurando a preservação e a proteção das partes mais frágeis e primitivas do “eu” (Winnicott, 1949a/2000).

Temos, então, nas reorganizações defensivas precoces, cisões não somente do *self*, mas da parceria psicossomática – já que, diante das falhas precoces, os processos de integração, personalização e realização não puderam se desenvolver sem entraves. Com a capacidade de unificar corpo e mente afetada, a mente, que não pôde se ancorar no corpo, passa a funcionar como uma entidade separada dele. Não havendo conquista de uma integração entre tempo e espaço, o sujeito pode não se sentir inserido no mundo, com um lugar próprio, a partir do qual é possível experimentar a vida e apreciar a passagem do tempo (Winnicott, 1945/2000,

1949a/2000). Na leitura winnicottiana, os entraves relacionados a essas conquistas são compreendidos enquanto traços característicos dos funcionamentos psicóticos, já que se desenrolam a partir de perturbações adaptativas do ambiente cuidador. Isto é, a psicose se configura justamente na distorção desses direitos fundamentais à integração, personalização e realização, no não-fornecimento de condições suficientemente boas para que o outro seja.

Entende-se então que o sofrimento psíquico está intimamente associado ao padrão defensivo. O autor nos diz que o que testemunhamos nas psicoses é o engendramento precoce de defesas: “é errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, e é geralmente bem-sucedida” (Winnicott, 1963d/1994, p. 72). Assim, o que é por vezes compreendido como patologia é, na verdade, o arranjo precoce das defesas (Winnicott, 1963/1994, 1963d/1994). O que acontece é que o ego organiza defesas contra o colapso da sua própria organização (Winnicott, 1963d/1994), já que, sem as defesas, o sujeito se veria constantemente diante de angústias impensáveis da ordem da desintegração, da despersonalização e da desorientação – ele se veria constantemente à beira do abismo da aniquilação. Como Freud (1900/2012) coloca: “o sintoma se constituiu para evitar a erupção da angústia” (p. 610), e se coloca diante desta como uma fortaleza fronteiriça. É essa organização, que trabalha no sentido de evitar o contato com a angústia, que está suscetível ao colapso – o qual se trata, na verdade, de um colapso das defesas, como discutiremos mais adiante.

Segundo Dias (2014), “uma das características das organizações defensivas de tipo psicótico é a impossibilidade que o indivíduo apresenta de ‘ter tempo’, de poder ‘contar com o tempo’, de permitir um tempo para o desenvolvimento de um acontecimento ou de uma experiência” (e-book, cap. III, p. 35/59). A ilustração desses fenômenos a partir da clínica pode

aprofundar e clarear essas concepções, assim como ajudar a tecer novas considerações. Com esse objetivo trago novamente uma vinheta clínica, que, da forma como vejo, ilustra essa exacerbação da atividade intelectual – buscando compreender detalhes da realidade compartilhada, que, em uma época primitiva, não puderam ser apresentados de forma gradual, em uma medida que o sujeito pudesse encontrá-los, concebê-los. Nesse caso, e neste recorte, tais detalhes referem-se à apreciação da passagem do tempo.

Tratava-se de um paciente adulto, que se relacionava primordialmente a partir da parte psicótica de sua personalidade. Uma cisão importante, entre sua parte verdadeira e sua parte adaptativa, tomava conta do quadro. Um detalhe pertinente a essa vinheta é que o consultório se localizava próximo a uma escola, que fazia soar um sinal barulhento, indicando o final de cada aula. A sessão desse paciente acontecia no momento do intervalo escolar, assim, durante o nosso tempo, passávamos sempre por dois *sinais*, que tinham, de fato, uma função “sinalizadora” para ele. Eles o ajudavam a compreender os contornos dos nossos encontros: ele sabia que o primeiro soava “mais ou menos no meio da sessão” e o outro “bem próximo do final”.

Em determinada sessão, que aconteceu no primeiro ano de análise, ele se viu surpreendido e confuso quando o convidei a terminarmos a sessão, pois acreditava que o *sinal* que ouvira havia poucos instantes era ainda o primeiro de nosso encontro. Conversamos então um pouco sobre como é sentir o tempo passando, como a experiência tem um tempo próprio, por vezes bem diferente daquele do relógio. Diante disso, ele me disse: “eu nunca entendi essa expressão, ‘o tempo passa’, eu nunca senti que o tempo passa, na verdade, sinto que eu é que passo pelo tempo”. Fiquei tomada por essa fala, rica em elementos, “sinalizadora” de experiências que não puderam passar pelo registro do tempo de forma simplificada, uma fala que expressa a sua tentativa de ainda se inscrever nesse tempo compartilhado e de construir para si

um tempo interno, já que o tempo vivido é ainda um tempo externo, balizado pelo outro, imposto pelo que vem de fora.

A partir daí, ele passou a conseguir antever, com exatidão quase total, o final de nossas sessões, primeiramente pelos sinais sonoros, que vinham de fora, alguns minutos antes do horário final da sessão, e, em um segundo momento, por uma interpretação dos “sinais” do meu rosto, no qual ele percebia mudanças sutis que o comunicavam a proximidade do fim de nosso tempo juntos. Algo que lhe servia como uma forma de me conhecer, assim como de se conhecer através de mim, do meu olhar, do meu semblante e do que eu conseguia, de formas não-verbais, comunicar sobre o tempo que passava para nós dois.

Depois de quase dois anos, esse paciente me contou uma história, sobre como percebeu que havia começado a compreender o tempo: “quando voltei a estudar *física* e entendi que as horas são como graus, entendi que o tempo é então um deslocamento no espaço, e, assim, passar de uma hora para outra é como ir daqui (e toca a poltrona em que se encontra), até aí (apontando para mim)”. Acredito que o espaço e a relação de análise, compreendidos nessa “uma hora” que é reservada para ele, se relacionam com essa construção, porém, o ponto principal a ressaltar é que podemos ver como ela acontece por meio de um *saber*, de um aprendizado – ainda não podendo se desenvolver no registro do *sentir*.

A aquisição de um senso temporal acontece simultaneamente à de espaço, estando as duas intimamente imbricadas (Dias, 2014). Aqui, algo relacionado à conquista de uma apreciação temporal ficou rompido, e, através da conquista de alguma noção espacial, essa passagem do tempo pôde ser pensada, *calculada*, apesar de ainda não poder ser sentida, de ainda não ser possível *sentir* que o tempo passa, que as experiências são passageiras. Há, para este indivíduo, uma disjunção espaço-temporal, e o espaço, tão concreto, o localiza melhor nos seus

passos do que o fator temporal, tão abstrato e tão permanente – os dias estão ciclicamente lá, repetitivos, por vezes até indiferenciáveis, já os espaços mudam de forma mais evidente e diferenciável, o deslocamento no espaço pode ser percebido e concebido com mais facilidade, e assim é utilizado para pensar e conceber o deslocamento no tempo.

Faz-se assim um uso do intelecto a fim de preencher as lacunas, os espaços em branco, os buracos daquilo que não pôde ser naturalmente apresentado pelo ambiente, no momento em que poderia ser encontrado, concebido pelo sujeito. Vemos aí a atividade intelectual assumindo uma função materna que não pôde acontecer e tentando corrigi-la, repará-la. Por vezes, quando essa defesa é muito rígida, vemos uma atividade psíquica inteiramente seduzida pelo intelecto, que acaba eclipsando outros processos psíquicos (Winnicott, 1949a/2000).

Ao pensarmos os funcionamentos psicóticos, nos deparamos justamente com essas lacunas, com os hiatos deixados pelas experiências primitivas – tanto experiências que foram além do esperado e do concebível para o bebê, quanto experiências que estão deixando de acontecer e deixam destacado um vazio, algo que ficou em branco. Como Winnicott (1963/1994) nos diz, é necessário pensar também “em nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter acontecido” (p. 75). O “nada” está na origem da construção defensiva dos traços psicóticos. O que determina a psicose é o que lhe escapa – a psicose é feita de falhas, de faltas, de buracos, ela se constrói essencialmente alicerçada no que não pôde acontecer (Chamond, 2009).

Talvez a partir daí tenham surgido as contribuições tão ricas de Green (1975/2005, 1980/2005), nos convidando a pensar o nada que acontece e a qualidade lacunar dos espaços em branco do psiquismo. Um vazio que toma conta, preenche tudo, que entope e transborda – certa vez ouvi de uma moça que a sua sensação era de estar “entupida de vazios”, insuportavelmente

cheia de algo indigesto, porém esvaziado. Nesses casos é primordialmente o vazio que se faz presente, o sujeito sente que só o vazio, só a lacuna em branco é real (Green, 1978/2005, 1980/2005); o outro, enquanto pilar necessário da constituição psíquica, encontra-se ausente psiquicamente, e é com essa ausência, portanto, que esse bebê se depara no momento fundante de sua existência (Green, 1980/2005; Neves, 2014).

Green (1975/2005) apresenta também a ideia de uma psicose branca, uma organização na qual o núcleo psicótico fundamental está encapsulado. Não há um funcionamento psicótico aparente, isto é, que se manifeste por meio de delírios e alucinações. Nesse cenário, instala-se uma reorganização defensiva ligada ao vazio experimentado nos primórdios da vida – o sujeito faz do “buraco” psíquico a sua morada: o único lugar a partir do qual é possível viver, embora, ao mesmo tempo, não possa ser pensado (Neves, 2014). A psicose latente, encoberta pelas defesas, manifesta-se nesses casos por meio de uma paralisia do pensamento, uma forte descatexia dos objetos, que deixa traços no inconsciente em forma de “buracos na atividade psíquica” (Green, 1975/2005, e-book, cap. 2, p. 17/40).

Aqui, mais uma vez, o paradoxo caracteriza o que estamos buscando descrever, já que, se o vazio não pode ser experimentado como tal, ele é sentido como “um estado que é temido, mas contudo, compulsivamente buscado” (Winnicott, 1963/1994, p. 76). O arranjo defensivo, produto das situações de intrusão, estabelece e sustenta uma ligação própria com a falha. Nesse movimento, uma conexão com o estado temido sobrevive, seja por meio da organização de um vazio controlado, no qual nada pode entrar e só o vazio existe, seja enchendo-o vorazmente, compulsivamente: assim ele está sempre “cheio”, “entupido” (Winnicott, 1963/1994), como um balão interno inchado, sempre prestes a estourar, porém dentro do qual não se encontra *nada*, nada sólido, nada líquido, apenas vácuo.

Chamond (2009) entende isso como uma vivência ocorrida em um momento em que não havia um lugar psíquico no qual o indivíduo pudesse se ancorar, se apoiar, “o eu era muito imaturo para transformar o choque em experiência (...) *Ocorreu algo que não ocorreu. Algo teve lugar sem lugar*” (p. 20, grifos da autora). Viveu-se algo que não pôde ser inscrito na experiência, “o afeto correspondente não pôde ser sentido, como se tivesse ficado em branco” (André, 2001, p. 97). O registro da vivência continua lá, ocupando um espaço, mas ela não pode ser lembrada, afinal como seria possível lembrar o que não foi experimentado? Lembrar, de fato, não é possível, algo precisa ser verdadeiramente experimentado para se inscrever e poder ter lugar na história do sujeito, e, por essa razão, aquilo que não teve lugar insiste em ser revivido, em ganhar lugar e qualidade de experiência.

Tem algo que insiste em ser encontrado, atualizado e experimentado no presente. Uma vivência que se encontra recoberta por defesas e, portanto, só pode ser acessada, só pode irromper em uma camada acessível, mediante o colapso do arranjo defensivo que a comporta. A organização defensiva foi construída a fim de preservar o sujeito do contato com as agonias primitivas, logo, ao colapsar, as feridas precoces são reatualizadas, o indivíduo é colocado em contato direto com o horror do vazio, daquilo que não pôde acontecer. O colapso desnuda o verdadeiro *self*, apresenta o núcleo encapsulado que viveu a ruptura da continuidade. Trata-se, portanto, de uma vivência psíquica dolorosa, difícil de ser descrita para além dos termos “agonia”, “desespero” ou “desamparo”. E por sua qualidade temível, Winnicott (1963/1994) a endereça em termos do “medo do colapso”, que é também um medo da loucura.

E, como já dito, apesar de temido, é um estado também buscado pelo sujeito – existe uma força que insiste em inscrever o vivido, quando o natural que não pôde acontecer urge desaguar: “Há sempre a ameaça do colapso, porque o indivíduo precisa permanentemente *encontrar*

alguém que tornará real o seu conceito de ‘bom ambiente’” (Winnicott, 1949a/2000, p. 337, grifos do autor). Isso é especialmente presente nos funcionamentos psicóticos, para os quais o colapso parece estar sempre muito próximo – o que se relaciona com a fragilidade das defesas que compõem a organização do sujeito, que, por terem sido precoces, engendradas cedo na vida, são precárias.

Assim, há sempre algo da experiência humana que é guardado em um núcleo protegido; o que torna esse núcleo extremamente singular para cada indivíduo é a organização original e criativa do sujeito, o modo único de construir o próprio padrão defensivo. É esse núcleo, essa parte encapsulada que pode preservar os traços psicóticos da personalidade – que guarda, de forma bem vívida e quase intacta, os resquícios da vida primitiva, e, nesses casos, também os resquícios do padrão reativo que precisou se instalar diante do fracasso ambiental. Pode-se, inclusive, com alguma frequência, descobrir que os aspectos mais verdadeiros, espontâneos e criativos do sujeito habitam essas partes psicóticas da personalidade, partes que são menos integradas e orientadas para a realidade compartilhada.

Winnicott entende esse tipo de organização como uma em que o cerne do sofrimento é psicótico, porém o sujeito construiu uma organização defensiva de caráter mais neurótico, ou até psicossomático, que fica ainda em maior evidência “quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua” (Winnicott, 1969a/1975, p. 142), ou seja, quando se entra em contato com essa ansiedade sem a mediação das defesas, quando a possibilidade de viver o colapso se avizinha. Segundo Naffah Neto (2010), “isso descreve o que geralmente denominamos *surto psicótico*, ou seja, o self verdadeiro tem de se defrontar *diretamente, sem quaisquer mediações*, com o mundo externo e com o ímpeto dos impulsos instintivos” (p. 10, grifos do autor).

O colapso promove então um reencontro com essa parte primitiva do “eu”, protegida pelas defesas. Portanto, ele tem uma potencialidade terapêutica, quando pode ser vivido em um ambiente acolhedor. Winnicott (1963/1994) discutiu com frequência a riqueza de poder vivenciar o colapso na situação clínica, uma vivência que diz da profundidade que uma experiência analítica pode alcançar e da confiabilidade transmitida pelo analista – favorecendo viver a dois algo ainda não vivido, a partir de um laço contínuo e confiável. Assim, a situação analítica pode favorecer a vivência daquilo que não foi possível ao sujeito experimentar à época das intrusões, sendo possível reviver (ou, muitas vezes, realmente viver pela primeira vez) a partir de um outro lugar, podendo vir a apropriar-se da própria história (André, 2001; Oliveira, 2011).

Assim, a esperança que podemos nutrir diante dos casos ditos “difíceis” é fortalecida pelo reconhecimento de que no colapso há sempre uma tentativa de curar aquilo que foi rompido, de retomar o que foi perdido, uma ideia já presente no pensamento de Freud (1924/2016): “no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico estão frequentemente recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou de reconstrução” (p. 274). A partir dessas ideias, entende-se que o fato de os funcionamentos psicóticos terem organizações defensivas mais suscetíveis ao colapso os aproxima da possibilidade de acessar o verdadeiro *self*, e as partes da personalidade que sofreram o fracasso ambiental. É a partir dessa ideia que Winnicott enxerga os funcionamentos psicóticos mais estreitamente vinculados à saúde, tendo em vista que a saúde se relaciona com a possibilidade de sentir que a vida é real, que se vive uma vida verdadeira, criativa, que vale a pena ser vivida (Winnicott, 1954a/2000). Nas palavras do autor: “Descobrimos que os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida ou, então, que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver” (Winnicott, 1971/1975, p. 117).

O colapso é, assim, sempre uma nova chance – ele contém em si a esperança inconsciente de reencontrar a falha em uma nova experiência e em um novo ambiente e, a partir daí, construir algo inédito (Winnicott, 1954a/2000). Há no colapso uma tendência à integração, uma força de saúde que busca reviver a falha – para enfim dar-lhe lugar, para poder contar a própria história. Nas palavras de Melanie Klein:

(...) a desintegração do ego nunca é completa, enquanto a vida existir. Pois acredito que a premência por integração, por perturbada que seja – até mesmo em suas raízes –, é, em algum grau, inerente ao ego. Isto está de acordo com meu ponto de vista de que nenhum bebê sobreviverá sem possuir, em algum grau, um objeto bom. São esses fatores que permitem à análise conseguir algum grau de integração, algumas vezes até mesmo em casos muito graves (Klein, 1955/1991, p. 200, nota de rodapé).

Enquanto houver vida, a vida insiste. Não há aniquilamento total, não enquanto a vida pulsar. A força incessante que busca inscrever as vivências, a repetição inerente à existência e a insistência do psiquismo em se integrar têm, em si, esperança – esperança essa que compõe e colore o trabalho de psicanálise.

Capítulo 03.

O encontro com os funcionamentos psicóticos e o manejo clínico

Tudo o que fazemos numa psicanálise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente.

Na verdade podemos, de uma forma muito curiosa, alterar o passado do paciente, de tal forma que um paciente, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, pode transformar-se em uma pessoa que tenha tido um ambiente de facilitação suficientemente bom, e cujo desenvolvimento pessoal possa, portanto, ter ocorrido, ainda que tardiamente (Winnicott, 1968/2013, p. 91).

A discussão semeada até aqui tem como intuito colher frutos clínicos. A nossa exposição caminhou pela constituição psíquica e pelas falhas primitivas a fim de podermos pensar o manejo do analista, em especial na clínica com funcionamentos psicóticos. Vamos agora discutir como esse trabalho demanda do analista posturas diferentes, uma abertura elástica às comunicações primitivas que acontecem entre analista e analisando, muitas vezes em registros que não são verbais – trata-se de atendimentos que envolvem, em grande parte do tempo, a capacidade do analista de oferecer *holding* e continuidade.

Ao atender pacientes em funcionamentos psicóticos, somos convidados a adentrar um mundo povoado de sensações intensas que, com frequência, se imprimem sensorialmente em nós. De tempos em tempos podemos experimentar emoções inéditas, compartilhar um mundo regido por outras lógicas, no qual as cores podem vibrar, os cheiros podem ter texturas e a passagem do tempo pode se desenrolar no espaço – experiências próximas do sonho, de lógica

onírica. São trocas que convidam posturas e pensamentos um tanto quanto diferentes, por vezes viscerais, convocando, com frequência, a nossa própria loucura, as nossas marcas primitivas. Em alguns momentos, podemos sentir o nosso psiquismo sendo usado de forma profunda e quase sem barreiras: nosso corpo sendo pensado como extensão de outro corpo; nosso rosto compondo o material para uma alucinação; nosso estômago que ronca sendo ouvido e interpretado pelo outro como a sua própria fome. As fronteiras entre “eu” e “não-eu”, nesses atendimentos, são menos claras (e bem menos rígidas) – o trânsito, no espaço que se inaugura em análise, tem fluxo intenso.

Nas palavras de Winnicott (1952/2000):

É um mundo mágico, que faz com que nos sintamos loucos. Todos os que já trataram de crianças psicóticas desse tipo sabem o quão louco é preciso estar para viver ali, e no entanto é necessário estar ali, e permanecer ali por longos períodos a fim de alcançar algum resultado terapêutico (p. 314).

Acompanhar indivíduos em funcionamento psicótico, sejam crianças ou não, envolve poder compartilhar esse mundo particular, poder vivê-lo e senti-lo com o analisando. São pacientes que deixam muitos de seus pedaços dentro de nós, pedaços que carregam pensamentos e sensações que, com uma boa frequência, nos são inéditos²⁴ e permanecem algum tempo conosco. São atendimentos que podem nos surpreender e até mesmo demandar cuidados não tão convencionais, intervenções mais concretas, um *holding* que é corporal – como em momentos de intensa desintegração ou na hora de conter um impulso (hétero ou auto) agressivo.

Diante da compreensão de que o trabalho analítico com esses pacientes poderia diferir muito daquele realizado com indivíduos que não estão frequentemente experimentando angústias

²⁴ E que, inclusive por essa qualidade inédita, tendem a iluminar aspectos nossos ainda desconhecidos – aspectos da nossa loucura pessoal.

impensáveis, Winnicott concluiu que era importante realizar uma classificação diagnóstica dos casos que recebia. Segundo o autor, a relevância de uma classificação repousava na importância, para o analista (em especial para aquele ainda em treinamento), de ter em mente os aspectos da natureza humana de seus pacientes com os quais ele poderia vir a se defrontar no curso do processo analítico, para assim refletir se poderia não só suportá-los, como oferecer um cuidado que pudesse se adaptar às necessidades então em cena (Winnicott, 1954a/2000).

O autor estava comunicando a importância de o analista conhecer seus próprios limites dentro do trabalho psicanalítico, buscando não se comprometer com uma análise que pode vir a envolver elementos, para ele, insuportáveis – o que inviabilizaria o processo analítico, afetando sua qualidade e seu sucesso. Trata-se, portanto, de conhecer os limites da atuação terapêutica do analista, circunscritos em suas próprias limitações pessoais. A partir dessa preocupação, Winnicott postula a sua classificação diagnóstica, dividida em três categorias, pautando-se, essencialmente, na qualidade do que foi oferecido pelo ambiente, nos primeiros anos de vida.

Na primeira categoria, temos os sujeitos que tiveram boas provisões no início da vida e que funcionam portanto enquanto pessoas inteiras, que contam com algum grau significativo de integração egoica e com uma personalidade já construída, cuja capacidade para relações objetais se mantém íntegra. Winnicott entendeu que foi com esses pacientes que Freud trabalhou, e com os quais o trabalho de análise, a seu ver, segue sendo aquele por ele concebido e praticado: a partir de associações livres verbais do analisando e interpretações verbais do analista, que ficou conhecido como a técnica clássica (1954a/2000, 1959-1964/2007, 1961a/2016).

Na segunda²⁵, temos aqueles indivíduos que viveram falhas nos cuidados iniciais, e cuja análise deverá lidar com os estágios precoces do desenvolvimento emocional. São sujeitos que

²⁵ Essas divisões em três grupos foram discutidas por Winnicott em diversos textos, em especial no texto “Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico” (1954a/2000) e no texto

ainda não usufruem de uma personalidade integrada, que podem lidar com sentimentos de irrealidade ou desalojamento em relação à própria existência e ao próprio corpo e que defensivamente contam com organizações frágeis, cujo potencial de colapso é maior. Com essas pessoas, as falhas ambientais se deram em um estágio do desenvolvimento anterior à sua capacidade de perceberem o ambiente enquanto um fator externo. E, por isso, o trabalho com esses pacientes deve poder sustentar regressões à dependência mais maciças e mais frequentes.

Aqui, a ênfase recai sobre o manejo durante grandes períodos de tempo, até que as conquistas da própria análise favoreçam a integração da personalidade e a retomada dos processos de amadurecimento – somente a partir daí é possível pensar no valor de um trabalho predominantemente interpretativo (Winnicott, 1954a/2000, 1959-1964/2007, 1961a/2016). Nesse ponto, a importância dessa classificação diagnóstica fica mais evidente: um bom trabalho com esses pacientes requer um analista que possa suportar as regressões, pois somente a partir daí conquistas na direção do amadurecimento e da integração poderão acontecer.

Uma terceira classificação engloba os sujeitos que sofreram privações em um momento não muito precoce da existência. Eles tiveram um bom começo e por isso permaneceram se desenvolvendo e amadurecendo. Porém, em algum momento, viveram a experiência de sentir que algo se perdeu, vivência que se deu em uma época em que já era possível se diferenciar do ambiente. Assim, foi possível perceber a mudança, perceber a sua origem ambiental e se zangar por ela (pois um ideal se perdeu, havia algo melhor já conhecido). Segundo o autor, a criança

“Tipos de psicoterapia” (1961a/2016). Esses dois textos fazem divisões distintas, tendo o mais antigo não incluído a terceira categoria aqui presente e incluído outra, que ficou de fora desta exposição, assim como do texto mais recente, de 1961. Winnicott se refere nessa categoria aos pacientes cujas personalidades só recentemente começaram a se integrar, e a análise é, em grande parte, uma análise da posição depressiva, ou do estágio do concernimento – fase em que a personalidade pode integrar experiências e que acarreta teor depressivo. Nessa categoria, a técnica reteria tanto qualidades da primeira classificação, em termos de interpretações verbais, quanto da segunda, em termos de manejo e apoio ao ego. Parece ser uma classificação que se refere em grande parte às conquistas da própria análise e, portanto, já supõe a transição do analista de um tipo de trabalho para outro.

privada de algo nesse estágio do desenvolvimento é aquela que “teve algo suficientemente bom, e depois não mais o teve” (Winnicott, 1959-1964/2007, p. 123), podendo vir a se organizar de forma a reivindicar do ambiente aquilo que lhe foi retirado.

Aqui também se trata de uma falha ambiental e, portanto, o contexto, da mesma forma, ganha maior ênfase. O que sobrevive, de forma negada e negativada nesses indivíduos, é a esperança de reencontrar, no ambiente, aquilo que foi perdido e sentido como uma privação de ordem afetiva. Diante da privação e da raiva vivida (já que um ideal foi perdido), o sujeito só manifesta essa esperança lançando mão de manobras agressivas e por vezes violentas. O trabalho do analista com esses indivíduos é reconhecer a expressão da esperança e buscar ir ao encontro dela, para, a partir de uma postura tolerante e continente, poder oferecer uma experiência afetiva que favoreça a retomada do desenvolvimento emocional (Winnicott, 1956a/2000, 1959-1964/2007, 1961a/2016).

Em suma, a condução de cada trabalho analítico, em todas as suas nuances, é determinada pela necessidade do paciente, que varia conforme a natureza dos seus sofrimentos, assim como de seus cuidados iniciais (Dias, 2008). Ao alcançar essas questões, Winnicott transporta a compreensão do fenômeno complexo que é o bebê para o manejo clínico, pensando e endereçando o bebê de cada paciente.

O trabalho clínico que se adapta às necessidades dos pacientes e que pode acessar essa qualidade primitiva e arcaica dos primórdios da vida é aquele no qual o analista consegue, a partir de uma atitude elástica e verdadeira, transitar entre diferentes qualidades de adaptação, funcionando como ego-auxiliar sempre que necessário e interpretando apenas quando sente que é possível para o paciente receber interpretações, quando essas já podem ser concebidas dentro de um espaço potencial entre eles (Winnicott, 1963/2007; Safra, 1999). Portanto, nesses casos, ou

nas fases da análise marcadas por funcionamentos psicóticos, o manejo, a qualidade do *holding*²⁶ que se oferece é o que viabiliza que o trabalho continue acontecendo, pois, nessas jornadas analíticas, “o contexto se torna mais importante que a interpretação. A ênfase é transferida de um aspecto para o outro” (Winnicott, 1955-1956/2000, p. 395).

Isto é, no que tange à técnica clássica, temos um manejo guiado, por exemplo, pelas recomendações de atenção flutuante do analista e pela proposta ao analisando para que fale em associação livre. A ênfase recai, desse modo, no que é oferecido como material para elaboração e interpretação. Quando, por sua vez, Winnicott diz que a ênfase é transferida de um aspecto para outro, compreendemos que será a adaptação do analista, sua postura frente às necessidades do paciente que favorecerá o processo analítico. É a sensibilidade do analista para compreender essas necessidades que vai guiar o trabalho analítico, na direção em que ele precisa ir – o ritmo e as qualidades desse processo se originam no paciente, não no analista; o trabalho deve se adequar às necessidades e ao sofrimento daqueles que o procuram e que dele precisam, e não às necessidades ou angústias daqueles que o praticam (Winnicott, 1947/2000, 1954a/2000).

Diante disso, quando pensamos no manejo clínico com pacientes em funcionamentos psicóticos, chegamos logo à ideia de tato e de elasticidade da técnica psicanalítica²⁷, uma vez que esta precisa ir além da atividade interpretativa do analista. Recorremos também à ideia de elasticidade diante das fronteiras mais elasticamente estabelecidas entre analista e analisando nesses casos, que requisitam do psiquismo e da criatividade do analista uma maior flexibilidade e disponibilidade. Pensamos aqui uma elasticidade que envolve todos os aspectos do atendimento, isto é, os contornos do *setting*, a administração do tempo das sessões (por vezes bastante

²⁶ A partir do olhar winnicottiano, o *holding* compõe o manejo em sua essência, independentemente da qualidade das necessidades dos pacientes. Porém, dependendo das angústias em cena, ele adquire importâncias variadas, podendo ser, por vezes, central no trabalho clínico, ou apenas o pano de fundo do quadro, a camada de base que prepara e conserva o colorido das tintas interpretativas por vir.

²⁷ Expressão cunhada por Ferenczi (1928a/2011), que será discutida ao longo deste capítulo.

variável, ultrapassando os cinquenta minutos convencionais), o acolhimento de comunicações que acontecem fora do *setting*, a partir de outros veículos comunicativos, entre outros.

Afinal, se concordamos que o começo da vida é tão importante, que o que o ambiente oferece é crucial para o desenvolvimento e para a saúde do indivíduo – que o que corre bem ou não interfere na possibilidade de desenvolvimento das potencialidades psíquicas do sujeito –, então, o cuidado oferecido pelo trabalho psicanalítico deve buscar alcançar tais dimensões precoces da vida psíquica: uma época em que não há palavra, ou compreensão do que se vive, apenas uma existência (que pode estar se tornando livre e espontânea, ou reativa e enrijecida). Dessa forma, se o fracasso ambiental se dá em um momento anterior à aquisição de uma diferenciação pelo indivíduo e, portanto, prévio a conquistas importantes – como a conquista da linguagem verbal –, então, não seria coerente que a técnica necessária para acessar essas dimensões envolvesse também ferramentas que vão além (e estão aquém) da palavra? E, portanto, diferem da técnica clássica da interpretação?

Durante muito tempo, os psicanalistas que baseavam seus atendimentos exclusivamente na técnica clássica consideraram esses casos “inanalizáveis”, pois o trabalho que partia da interpretação e da associação livre inscrita no discurso raramente alcançava resultados com esses indivíduos. Ferenczi (1931/2011) foi um dos primeiros a compreender essa inacessibilidade aos casos ditos “difíceis” como uma deficiência da técnica psicanalítica, a qual ele acreditava que deveria se adaptar ao que o paciente precisa, às demandas do sofrimento que ele confia ao analista – por esse mesmo raciocínio, podemos também traçar as influências desse psicanalista para a abertura da psicanálise ao atendimento de crianças. A adaptação do analista ao analisando, para Ferenczi, não descaracterizava o trabalho de suas qualidades psicanalíticas – dentre elas, por exemplo, a condição de abstinência do analista (Winnicott, 1959-1964/2007). Dessa forma, a

elasticidade permite que os analistas, ao flexibilizarem a sua técnica, se proponham a cuidar daqueles que não se adaptam ao que uma análise “convencional” oferece – isto é, indivíduos que não estão suficientemente integrados a ponto de poderem se beneficiar de um trabalho interpretativo.

Segundo Ferenczi (1928a/2011), essa adaptação, que cede, como um elástico, às tendências do paciente, é o produto da capacidade empática do analista, de seu “tato” – sua disposição afetiva para “*sentir com*” o outro. Portanto, “ceder às tendências” envolve se adaptar ao ritmo e às necessidades do paciente, porém, é claro, cuidando das propriedades do elástico, não permitido que ele se rompa (Baldini, 2015) – isto é, conhecendo os próprios limites e os limites do trabalho, não se deixando levar a uma dinâmica que seja masoquista. Em suma, para Ferenczi (1928a/2011), os investimentos do analista no trabalho com seus analisandos “oscilam entre identificação (amor objetal analítico), por um lado, e autocontrole ou atividade intelectual, por outro” (p. 40).

A partir de uma leitura winnicottiana podemos compreender esse movimento como dotado de lógica similar à do cuidado materno nos primórdios da vida do bebê – discussão explorada no primeiro capítulo. Acreditamos que para conectar-se às comunicações primitivas dos pacientes, convém voltar nosso olhar às díades mãe-bebê e observar a maneira natural como isso ocorre nos casos em que há saúde. O que acontece para que uma mãe possa se conectar com o que seu bebê expressa e associa em linguagens não verbais? No contexto da clínica, que tipo de identificação precisa haver para promover, no psiquismo mais maduro e integrado do analista, uma abertura àquilo que vem do psiquismo em funcionamento psicótico?

Diante de todas as descobertas sobre a vida primitiva, em especial a de que a análise precisa ir ao encontro das falhas precoces, Winnicott foi tomando o modelo da mãe

suficientemente boa como um norteador da transferência, e o *setting* passou a ser então compreendido como um ambiente-*holding* – condições do manejo clínico que se tornam especialmente sensíveis com pacientes regredidos. Como já anunciamos em alguns momentos, o manejo se aproxima, de forma especializada, da lógica natural da relação mãe-bebê, oferecendo ao analisando um ambiente facilitador de seu amadurecimento, nutrido pela disposição afetiva do analista ao trabalho de psicanálise.

O manejo clínico, portanto, envolve a capacidade do analista de, assim como a mãe, transitar entre estados de mente distintos. Isto é, de sustentar um movimento contínuo e pendular que oscila entre: identificar-se com o paciente, podendo estar bem próximo e “*sentir com*” ele, conhecer as suas necessidades; e manter-se diferenciado, orientado para o trabalho analítico, podendo, a partir daí, se adaptar suficientemente bem às necessidades que lhe são comunicadas. Anne Alvarez (1994) ilustra de forma franca e inspiradora essa dinâmica:

O problema, para o terapeuta, é manter o equilíbrio entre aproximar-se suficientemente do paciente para permanecer em contato (...) e ficar afastado o suficiente para ser capaz de pensar. Não conheço ninguém que consiga manter este equilíbrio no nível adequado durante todo o tempo (p. 18).

Trata-se de um equilíbrio delicado, que é o tempo todo afetado por aquilo que o paciente produz, afetivamente, no analista, bem como pelos recursos psíquicos deste, e como eles suportam e elaboram criativamente o que se passa nas trocas clínicas. Uma atividade que depende da capacidade transicional do analista (Brasil, 2015), e que, a partir dela promove a construção de um espaço potencial entre analista e analisando (Safra, 1999).

Como Winnicott (1971/1975) nos diz, na saúde é preciso primeiro ser, para apenas depois poder fazer. Se a psicanálise oferece algo que busca resgatar a naturalidade dos processos que se

desenrolam na saúde, então o analista também precisa poder *ser* antes de *fazer*: poder *sentir com* antes de saber sobre. As interpretações e intervenções do analista, para serem terapêuticas, precisam acontecer em um espaço potencial *entre* analista e analisando – a interpretação tem que ser algo que o analisando pode encontrar fora de si, e que já está lá, esperando ser encontrada.

Segundo Safra (1999), um trabalho interpretativo só se torna possível a partir do momento em que se constitui um espaço potencial na relação analítica, estabelecendo para o paciente a capacidade de brincar e de transitar – é preciso antes poder brincar, para só depois interpretar. Logo, quando prematura ao amadurecimento emocional do analisando, a interpretação caminha no sentido contrário deste, o que causa confusão ao sujeito, podendo então ganhar qualidade traumática. O que não é concebido e comunicado dentro de um espaço potencial, ganha tom impositivo, podendo ser recebido como um elemento externo apresentado precocemente e, por isso, de caráter invasivo (o que pode, inclusive, torná-lo persecutório). Dessa forma, as intervenções realizadas em um momento no qual o sujeito ainda não pode concebê-las se estabelecem como doutrinação, o que, por sua vez, convida o analisando à submissão, adquirindo efeito aniquilador sobre a sua criatividade (Winnicott, 1971/1975; Safra, 1999). Trata-se, então, para esses pacientes, de poderem viver na transferência, muito antes de poderem ser interpretados na transferência (Ab'Sáber, 2005).

Segundo Winnicott, o analista retém, portanto, qualidades de um fenômeno transicional – ele representa o princípio de realidade (inclusive quando erra uma interpretação), ao mesmo tempo em que não deixa de ser um objeto subjetivo para o paciente (adaptando-se a ele e oferecendo-lhe aquilo que pode e precisa ser encontrado). Dessa forma ele vai inaugurando um campo transicional para a dupla analítica, o espaço potencial necessário ao trabalho clínico (Winnicott, 1962b/2007).

Algo que é importante ressaltar é que o trabalho cuja ênfase recai sobre o contexto não remete a uma exclusão da dimensão interpretativa, mas a um trabalho no qual as interpretações não estão em primeiro plano, não são centrais na análise. A construção de uma interpretação (o que envolve intrinsicamente a reflexão de como ela pode ser recebida e ter efeito terapêutico) tem um outro tempo e um outro ritmo, por vezes até uma outra função, quando se trabalha com sujeitos em funcionamento psicótico. Isto é, algumas interpretações, no trabalho aqui descrito, podem servir muito mais a uma função que não se remete especificamente ao conteúdo das intervenções do analista. Mas podem ter, por exemplo, a função, muito importante, de estabelecer, para o paciente, uma separação e uma diferenciação da figura do analista – isto é, quando essas interpretações podem ser encontradas pelo paciente, dentro de um espaço potencial²⁸. Em suma, o que se pretende dizer aqui é que, muitas vezes, ao trabalharmos com pacientes em funcionamentos psicóticos, o conteúdo de uma interpretação vai importar muito menos do que a maneira pela qual ela é apresentada e o momento escolhido para intervir (o “*timing*”)²⁹.

Nesses atendimentos, nos deparamos com uma enorme riqueza de elementos, que convida a várias reflexões, assim como interpretações. É a partir desse fluxo intenso de conteúdos que construímos um saber com (e sobre) o paciente, que montamos aos poucos o quebra-cabeça de sua história, de sua forma de existir no mundo (do qual estaremos sempre descobrindo novas peças). Essas construções – que, em toda análise, se desenrolam tanto ao

²⁸ Segundo Winnicott (1971/1975), as interpretações podem ainda comunicar para o analisando a capacidade do analista de se identificar com ele, bem como o interesse que tem em lhe compreender e ajudar. Comunicações que também são de grande valor para o processo analítico e podem ir ao encontro de necessidades importantes do paciente.

²⁹ Assim como, para o bebê, a precocidade da falha ambiental é mais relevante do que a sua natureza e qualidade, como discutido no segundo capítulo. E ainda pensando a relação mãe-bebê e a linguagem pré-verbal que a compõe, vale ressaltar que o que colore a comunicação estabelecida entre eles é essencialmente o tom, a sonoridade e a melodia da voz da mãe, não as palavras ditas.

longo das trocas clínicas e da abertura ao ineditismo da experiência, como nas associações e elaborações que acontecem à posteriori, em um momento “só depois”³⁰ – contribuem para guiar o nosso manejo, a nossa postura, e, principalmente, vão reunindo e integrando dentro de nós os pedaços e as histórias daqueles que acompanhamos. O trabalho é orientado primordialmente pelas *construções*³¹ que perpassam o psiquismo do analista, mais do que pelas *interpretações* que são comunicadas ao paciente. Nas palavras de Winnicott (1963/2007):

No tratamento das pessoas esquizóides o analista precisa saber tudo que se refere a interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer este trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio simples ao ego, ou de *holding*. Esse *holding*, como a tarefa da mãe no cuidado com o lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre (p. 217).

Aqui, a tarefa principal do analista é aquela que envolve poder sustentar e também sobreviver – o caos, a indiferenciação, a lógica incompreensível (Winnicott, 1954/2000). É a partir do que se constrói internamente no analista que é possível oferecer, ao longo do trabalho analítico, um cuidado que sustente o paciente, que promova integração, por meio do psiquismo do analista e da disponibilidade afetiva que o compõe.

³⁰ Nos referimos aqui a um segundo momento da atividade clínica, posterior ao encontro e promovido pelo distanciamento do analista da cena transferencial, o qual, por sua vez, promove também a sua diferenciação, lhe possibilitando tecer novas costuras e compreender outras dimensões das trocas clínicas (reflexões facilitadas também pela presença de um terceiro, isto é, pelos espaços de supervisão e análise pessoal).

³¹ Freud (1937/2016), ao discutir a atividade psíquica do analista de construir a partir do material que o paciente lhe traz e de lhe fazer comunicações a esse respeito, afirma: “penso ser ‘construção’ o termo infinitamente mais adequado. Interpretação se refere àquilo que fazemos com um único elemento do material” (p. 370). Segundo Celes (2005a), tal construção “seria como um sonho que o analista sonha no lugar do analisando” (p. 43).

Ainda que o trabalho interpretativo não seja central e requeira muita cautela, isso não implica uma retirada da dimensão associativa; ela está sempre lá, no paciente e em nós, porém o veículo no qual ela transita melhor não é, nesses casos, aquele interpretativo. Se tudo correr bem, essas construções que o analista precisou reter para si poderão ser compartilhadas pela via interpretativa, pois o momento virá em que elas poderão ser concebidas e encontradas pelo paciente, o que envolve certas conquistas na análise. Dentre elas, a possibilidade de receber o que o analista comunica enquanto algo “não-eu”, situado do lado de fora e passível de ser internalizado, causando surpresa, e/ou raiva, e/ou os demais afetos que partem da conquista da diferenciação.

Segundo Roussillon (2012), a premissa da associação livre, sustentada por Freud, se ancora em sua profunda convicção sobre a coerência do funcionamento psíquico: é aí que repousa a certeza da associatividade e, portanto, sua relevância enquanto parte da técnica. Essa coerência não se perde, não depende da saúde, ela sempre está lá, apenas pode ser mais evidente ou mais enigmática: “No campo da neurose as associações permanecem lógicas” (Freud, 1895, como citado em Roussillon, 2012, p. 11). O vigor da premissa freudiana se mantém para todo trabalho psicanalítico, a diferença é que, no trabalho com neuróticos, as associações apresentam mais claramente as suas lógicas, mostram-se mais evidentes, podendo ser mais facilmente exploradas e analisadas a partir de vias simbólicas.

Já os sujeitos em funcionamentos psicóticos, cujas associações remetem de forma mais crua ao infantil, ao primitivo, demandam uma escuta diferente, que possa ouvir as associações mais enigmáticas, aquelas que nem sempre comparecem em registros verbais, ou em lógicas compartilhadas, conhecidas – que comportam, muitas vezes, o caos. Afinal, as associações apresentam-se naqueles registros em que os seus elementos foram primeiramente relacionados e

conectados: “em se tratando de experiências que precedem a aparição da linguagem verbal, elas retornam na ‘linguagem da época’ de seu registro” (Roussillon, 2012, p. 10). A “linguagem da época” pode ser então aquela do corpo, do afeto, do ato, da sensorialidade, enfim, dos registros primitivos. A psicanálise escuta a associatividade psíquica e, portanto, não serve somente à escuta daquela associatividade que comparece no registro verbal, mas pode também ouvir as associações de outros registros, mais arcaicos (Roussillon, 2012).

Trata-se de uma escuta que, por ser elástica, suporta lógicas diferentes e pode, criativamente, brincar e interagir com elas. Como coloca Ferenczi (1928a/2011), o analista recebe as associações do paciente, deixa que elas ajam sobre si, ao mesmo tempo em que deixa “a sua própria imaginação brincar com esse material associativo” (p. 37). A regra é, portanto, a mesma para os dois protagonistas da cena analítica, a atenção flutuante permite ao analista também associar livremente, a partir das associações (verbais ou não) do analisando. Por essa razão, Roussillon (2012) entende a situação psicanalítica como uma situação de co-associatividade, de associatividade a dois, que por sua vez também remete a um movimento pendular do analista, à sua capacidade de transitar entre identificar-se e adaptar-se. Citando o autor:

A associatividade do analista supõe uma forma de duplo dever implícito. Por um lado ele associa ‘em duplo’, em identificação com seu analisando (ele está ‘lado a lado’ com o mesmo) sem o qual ele nada perceberia do que ocorre neste. Mas ele está também afastado dele, sem o que ele não perceberia onde o analisando e a cadeia associativa vacilam, onde as singularidades de sua vida psíquica inconsciente se manifestam (Roussillon, 2012, p. 13).

No trabalho com pacientes em funcionamentos psicóticos, não temos sujeitos particularmente interessados no acesso ao inconsciente, no conhecimento de suas dinâmicas internas, tornadas mais claras pelas interpretações do analista – uma vez que o desejo de autoconhecimento pressupõe o sentimento de que se é real. Encontramos indivíduos que buscam experiências de outra ordem, que frequentemente estão mais interessados em experiências místicas da vida do que em desvelar a lógica por trás de seu sofrimento, embora seu interesse central em uma análise é que esta promova uma relação reparadora daquilo que se lhe foi privado (Winnicott, 1988/1990).

Trata-se de constituir e construir algo a dois, que ainda não foi possível viver, de estabelecer uma relação que ofereça algo que não foi encontrado nas primeiras trocas humanas – e que envolvem o prazer de se sentir considerado, querido e conhecido, a conquista de sentir que possui um lugar próprio a si, a vivência asseguradora de poder se sentir integrado pela pessoa do analista (dentro de sua mente, a partir de seu olhar). Trata-se de viver uma relação que facilite as conquistas ainda não alcançadas e que proporcione alívio para a dor decorrente das falhas que perturbaram tais conquistas, para a dor de seus buracos vazios de sentido humano compartilhado – para que, a partir do que nasce *entre* dois, o sujeito possa vir a ter a esperança de se sentir real, inteiro e vivendo a partir do próprio corpo (Winnicott, 1988/1990).

É um trabalho que pede não por interpretação ou recordação, mas por vivência: “A experiência do afeto, este ponto é crucial, é então o equivalente daquilo que a rememoração, a suspensão do recalçamento é, na forma clássica do tratamento” (André, 2001, p. 97). Afinal, não há como lembrar aquilo que aconteceu no vazio do ser, no branco, aquilo que não foi vivido pelo sujeito, pois ele não estava lá para vivê-lo. A experiência do afeto não é então uma lembrança, ou a evocação de uma memória, mas uma experiência inédita (Winnicott, 1963d/1994; André, 2001;

Chamond, 2009). Antes de tornar algo recordável, a psicanálise, enquanto trabalho, torna possível viver na transferência experiências ainda não vividas, ou conhecidas – construções que Winnicott elaborou a partir de uma premissa fundamental da criação freudiana: “o fato de que qualquer transformação de uma pessoa se dá no interior de uma relação humana” (Dias, 2014, e-book, cap. IV, p. 20/36).

A clínica da regressão à dependência, do colapso e da esperança

Fim de ano

“Nem o pormenor simbólico
de substituir um dois por um três
nem essa metáfora baldia
que convoca um lapso que morre e outro que surge
nem o término de um processo astronômico
atordoam e minam
o páramo desta noite
e nos obrigam a aguardar
as doze irreparáveis badaladas.
A verdadeira causa
é a suspeita geral e difusa
do enigma do Tempo;
é o assombro diante do milagre
de que apesar de *infinitos acasos*
de que apesar de sermos
as gotas do rio de Heráclito,
algo perdure em nós:
imóvel,
algo que não encontrou o que buscava”

Jorge Luis Borges.

Como vimos discutindo, o trabalho com pacientes em funcionamentos psicóticos deve envolver a capacidade do analista de suportar as regressões à dependência, tão frequentes e tão necessárias nesses atendimentos. Winnicott reconheceu na regressão a possibilidade de atualizar, na experiência, elementos do passado³² do paciente, por meio de um reviver que comunica muito do que se passou em uma época da vida em que não havia palavra para registrar e, por isso, não há, no presente, palavra para comunicar. Ao sustentar e experienciar a regressão do analisando

³² Elementos que, na verdade, são sempre atuais – tanto pela lógica atemporal do inconsciente, como pelo sofrimento psíquico advindo da não-inscrição destas matérias na experiência e na história de vida do sujeito; assim, esse passado segue sendo vivido no presente.

ao seu lado, dentro da relação analítica, o analista é capaz de receber comunicações mais sensíveis e primitivas em seu psiquismo e pode assim oferecer uma qualidade de cuidados e de adaptação que o paciente não pôde obter antes. Inaugura-se na relação um campo de vivências com potencial transformador.

Winnicott foi inovador ao trazer, para esse fenômeno, um olhar de aposta. Até então, muitos fenômenos complexos da vida psíquica (no sentido de que exigem muito das emoções daqueles que os acompanham e cuidam) eram tidos como inacessíveis, ou não apropriados para um trabalho psicanalítico, mas sim apenas para um trabalho institucional. Fenômenos como a regressão à dependência, o colapso e até a delinquência puderam ser compreendidos a partir de um outro viés após as contribuições de Winnicott. Ele trouxe para a clínica, e para os casos ditos “difíceis”, a dimensão da esperança.

A compreensão psicanalítica da regressão até então, postulada por Freud, tinha a implicação de um retorno a fases mais precoces da vida instintiva, referindo-se a uma regressão do aparelho psíquico a pontos de fixação libidinais³³ (Winnicott, 1959-1964/2007). Winnicott faz uma releitura desse conceito, ampliando-o e inscrevendo-o no amadurecimento do sujeito. Portanto, a regressão³⁴ passa a ser entendida como uma regressão à *dependência* e às situações congeladas de falha, às rupturas.

³³ Conceito que Winnicott inclusive relaciona à sua própria ideia de congelamento da situação de falha (Winnicott, 1954a/2000).

³⁴ No entanto, apesar de não pretendermos nos aprofundar nas articulações aqui existentes, é importante fazermos uma ressalva neste ponto. Na *Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900/2012) fala de uma outra qualidade de regressão, que compõe o sonhar, o trabalho onírico e que se aproxima muito mais desta que Winnicott posteriormente tece. Ele se refere a um tipo de regressão que se encontra a serviço da saúde, resgatando algo que está “aspirando por reanimação, (...) que luta por se expressar” (Freud, 1900/2012, p. 574) e apresentando-o no sonho – um fenômeno de potencial construtivo e favorecedor de elaborações. Trata-se de um componente do trabalho do sonho que atualiza vivências, que retoma as lógicas do infantil, “quando modos de expressão e de figuração primitivos substituem os habituais” (Freud, 1900/2012, p. 576); que reexperimenta (muito mais do que recorda) o primitivo, a matéria-prima da experiência, aquela que precede a representação. É, portanto, também um processo regressivo (aqui comportado pelo sonho) que pode ser usado para impulsionar o trabalho analítico.

Winnicott (1954a/2000) compreende o congelamento da situação de falha como uma defesa importante e saudável do “eu” diante de uma vivência de excesso, provocada por falhas ambientais específicas. Uma das vantagens da regressão é que ela põe em marcha um movimento em direção à vivência de falha que ficou congelada – algo que se faz necessário, em muitas ocasiões, para que o desenvolvimento possa retomar livremente o seu curso. Trata-se de um movimento que contém a esperança do analisando de fazer um caminho de volta à ruptura vivida e de poder fazer algo novo com ela. Nas palavras de Winnicott (1954a/2000), é uma dinâmica que carrega consigo:

(...) a concepção inconsciente (que pode transformar-se numa esperança consciente) de que em algum momento futuro haverá oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada (Winnicott 1954a/2000, p. 378).

Dessa forma, entendemos que são as condições ambientais que o analista fornece que convidam e asseguram a possibilidade de reexperimentar a situação de falha. Falamos em um convite, pois já existe no analisando um desejo, um interesse inconsciente em reviver a falha, não se trata portanto de uma experiência que é suscitada pelo analista, e sim que é convidada, a partir de sua disposição afetiva e da confiabilidade construída no espaço potencial – um movimento que acontece a partir de uma construção interna no analisando e é facilitado pelo ambiente, respeitado em seu ritmo singular.

A forma pela qual o analista se apresenta e se adapta, como ele oferece sustentação e continuidade (ao estar sempre lá, sendo o mesmo), permite que uma relação de confiança se construa, e é a partir dela que o paciente suporta regredir, reviver a experiência de caos e loucura

– pois agora está acompanhado de um apoio ativo, em um ambiente confiável, contínuo e seguro. A experiência de “trazer à tona o que, de certa maneira, não pôde aflorar” (Chamond, 2009, p. 31) oferece ao sujeito a possibilidade de “corrigir” as falhas do passado, ao prover uma adaptação sensível às suas necessidades no ambiente analítico (Winnicott, 1954/2000, 1954a/2000, 1965/1994).

O paciente regride para receber o que não teve e, a partir da adaptação viva e ativa do analista, recebe algo que é suficientemente bom, que reconhece as suas necessidades e busca atendê-las. Há no paciente a esperança de (re)encontrar algo e repará-lo, de costurar rupturas precoces (Oliveira, 2011). E há no analista uma “crença”, verdadeira e consistente, na natureza humana e nos processos de desenvolvimento, que o permite reconhecer o valor da regressão e facilitá-la quando ela precisa acontecer (Winnicott, 1954a/2000). No espaço potencial construído *entre* eles, circula a aposta, a esperança na saúde.

Podemos então compreender a regressão como um movimento que impulsiona a análise, que promove a atualização, pela *experiência*, das dores precoces da vida psíquica, possibilitando que aquilo que se rompeu seja cuidado e acolhido na relação analítica. Segundo Naffah Neto (2012):

Winnicott (...) via a regressão a estágios de dependência infantil como fundamental no tratamento das psicoses: era uma forma de os doentes poderem resgatar processos que, na sua história pessoal, tinham permanecido lacunares e/ou congelados no tempo, diante do ambiente mais acolhedor e suportivo do *setting* analítico (p. 17).

Assim, a regressão à dependência, que poderá aproximar o analisando da experiência de colapso³⁵ de sua organização defensiva (por levá-lo a um estado no qual as defesas são mais frágeis, mais precárias), habita a própria lógica da repetição, isto é, da insistência psíquica em reviver o que ainda precisa se inscrever na existência – uma lógica na qual reside tanto a esperança quanto o medo presentes na proximidade com o colapso.

O medo do colapso é o temor de reviver, no futuro, agonias primitivas, extremamente dolorosas. A esperança, inconsciente, que acompanha esse medo é a de poder inscrever o que já se viveu em algum lugar de experiência, de história de vida (André, 2001); algo a que já se sobreviveu, mas que, por ser uma “não experiência, o vestígio lacunar de uma memória amnésica” (Chamond 2009, p. 30, tradução nossa), não se pode lembrar, não se pode sentir que viveu, e, por isso, é preciso repetir, reviver. Assim, teme-se um desconhecido conhecido, o medo do colapso se expressa como uma possibilidade futura que, ao mesmo tempo, encontra raízes cravadas em um passado distante “como que uma ressaca maciça da temporalidade, que assenta o futuro sobre o passado arcaico” (Chamond 2009, p. 30, tradução nossa).

A lógica inconsciente retoma, o tempo todo, o passado, as experiências originais; a dinâmica da repetição se apresenta em todo tipo de ato psíquico, no sintoma, no ato falho, no colapso das defesas, na regressão à dependência, no sonho. Os resquícios da vida primitiva, em especial daquilo que, a partir de rupturas, deixou marcas estão sempre, de alguma maneira, atuais na experiência psíquica – e, portanto, carregam constantemente o potencial de se atualizar na cena analítica.

Nesse sentido, Ferenczi (1931/2011) destaca o valor das reações espontâneas, corpóreas e de caráter regressivo que podem comparecer nesses atendimentos, salientando a importância de

³⁵ Pensamos aqui a experiência de colapso que acontece também facilitada e assegurada pela experiência de análise e pelo convite e presença confiável do analista.

respeitá-las, de permitir que compareçam sem intervenção. Essas comunicações primitivas, mais do que as elaborações intelectuais, nos indicam o caminho, nos sinalizam para onde o trabalho precisa ir. Afinal, as primeiras experiências, de uma época pré-verbal, registram-se corporalmente. Por essa razão, para que o analista possa receber em si as comunicações daí provenientes, de caráter inerentemente sensorial, ele precisa poder também fazer uso de sua sensorialidade³⁶.

Estamos pensando, portanto, um fenômeno que é promovido pelo psiquismo do analista. São as suas condições psíquicas que permitem que ele suporte acompanhar a regressão, que ele possa retomar e reviver a lógica primitiva da vida. Acolher a regressão do paciente envolve, mais uma vez, o movimento pendular ao qual nos referimos no começo deste capítulo – implica acompanhar de perto o paciente, a fim de poder se adaptar sensivelmente, oferecendo o que é necessário e, ao mesmo tempo, implica não regredir junto, permanecendo maduro para poder sustentá-lo. Para isso, o analista precisa ser capaz de renunciar às próprias defesas contra a mesma ansiedade do paciente, sobreviver ao medo da aniquilação e da perda de identidade – tanto em si quanto no paciente (Little, 1990/1992). Algo que só se torna possível diante das conquistas do analista em sua análise pessoal, afinal, “a única base confiável para uma boa técnica analítica é a análise terminada do analista” (Ferenczi, 1928a/2011, p. 42).

De fato, não há valor em negar que o trabalho com pacientes regredidos e que funcionam predominantemente a partir da parte psicótica de sua personalidade seja um trabalho difícil e delicado. Isso não permeia toda a extensão de uma análise, mas pode marcar intensamente alguns períodos, nos quais esses casos representam para nós uma pesada carga emocional (Winnicott, 1947/2000). Ao falar sobre o “Ódio na Contratransferência” (1947/2000), Winnicott reitera a

³⁶ Na clínica com crianças, isso compõe grande parte do trabalho.

importância de pensarmos e cuidarmos dos nossos afetos contratransferenciais – tanto pela viva comunicação que acontece por meio dessas emoções, quanto pelo perigo de que elas sejam atuadas nos cuidados com o paciente³⁷.

No trabalho clínico, com alguma frequência, vamos sentir ódio, bem como tédio, impaciência, confusão (e, da mesma forma, interesse, curiosidade, carinho, compaixão) – elementos que, em intensidades bastante variadas, fazem parte de toda jornada analítica, e aos quais devemos sobreviver (em alguma medida o trabalho também depende disso). Nas análises de pacientes que se relacionam predominantemente a partir da parte psicótica de sua personalidade, bem como nos períodos do trabalho analítico que são marcados por estados psicóticos, o analista se depara com comunicações transferenciais mais cruas, preponderantemente sensoriais. Na minha experiência, já pude sentir dores musculares intensas (que perduraram por dias), náuseas, quedas de pressão, um sono arrebatador, entre outras sensações, que, com frequência, representam elementos centrais de uma análise (Winnicott, 1947/2000).

Em um relato pessoal, após a experiência de colapso de uma paciente adulta – que funcionava de forma predominantemente neurótica, mas a quem o colapso trouxe à tona angústias de qualidade psicótica, que desaguaram em vivências da ordem da desintegração, desorientação e despersonalização, que precisaram ser contidas por meio de um *holding* corporal – senti dores musculares acentuadas, concentradas em meu pescoço, colo, ombros e braços. A impressão corpórea era que havia passado horas segurando um bebê em meus braços, fitando-o com a cabeça inclinada. De alguma forma, talvez tenha sido esse o efeito, para mim e para ela.

Nessa ocasião, mediante uma qualidade de dor extrema, foi a promoção de um *holding* corporal contínuo e duradouro que realizou a função de sustentar essa vivência, permitindo que

³⁷ Como discutimos no capítulo passado, é o ódio não conhecido e negado que prejudica a relação, que leva a atuações e formações reativas.

ela fosse contida, e que a paciente a pudesse experimentar e à ela sobreviver (intermediada também pela minha sobrevivência). Nesse sentido, nossa postura precisa mais uma vez oscilar entre reconhecer e legitimar a dor, a vulnerabilidade e a desesperança, e, ao mesmo tempo, nutrir esperança na saúde e na integração que essas experiências, se bem sustentadas, podem vir a promover.

A respeito dessas experiências, Winnicott salienta a importância crucial de podermos suportar e sobreviver a elas, e, especialmente, de conhecermos nossos afetos contratransferenciais e cuidarmos deles, para não correremos o risco de retaliar nossos pacientes, diante do que eles nos produzem afetivamente.

(...) o analista deve dispor de toda a paciência, tolerância e confiabilidade da mãe devotada ao bebê. Deve reconhecer que os desejos do paciente são necessidades (...) deve parecer querer dar o que na verdade precisa ser dado apenas em razão das necessidades do paciente (Winnicott, 1947/2000, p. 287).

O que vai acontecer na análise dependerá, portanto, da forma pela qual o analista se oferece para ser usado enquanto objeto subjetivo. Quando Winnicott diz que o analista tem características de um fenômeno transicional, é a essa dinâmica que ele se refere – pois, apesar de continuar sendo ele mesmo, ancorado na realidade compartilhada, ele ainda permite que o paciente faça um uso criativo e pessoal dele, a partir das próprias necessidades. Ele admite ser usado enquanto objeto subjetivo do paciente e sobrevive a esse uso (Winnicott, 1969a/1975).

Essa postura confiável e disponível viabiliza que não somente os pacientes em funcionamento psicótico se beneficiem disso para regredir, mas todos aqueles que eventualmente precisarem. Nesta perspectiva, entendemos que a clínica que comporta e sustenta esses

funcionamentos convida todos os seus pacientes a um mergulho no primitivo, o que, para alguns, vai envolver poder regredir à dependência – inclusive pacientes que, originalmente, aparentavam não necessitar de uma regressão. Afinal, segundo Winnicott (1954a/2000), a consequência mais significativa do estudo da regressão é a possibilidade de sensibilizar os analistas para a importância do contexto no trabalho com todos os pacientes (mesmo que grande parte das contribuições se concentrem de fato na clínica com pacientes em funcionamentos psicóticos). Isto é, sensibilizar os analistas para as riquezas que podem advir de uma adaptação ambiental sofisticada.

Com alguma frequência, o que é provocado nos analisandos, a partir da profundidade do trabalho analítico e do encontro com um ambiente confiável, tem o potencial de convidar a emergir, no colapso das defesas sofisticadas, os núcleos mais primitivos (e que, para alguns, comportam angústias de qualidade psicótica). De acordo com Winnicott (1963/2007): “à medida que nosso trabalho se torna mais profundo e abrangente, descobrimos elementos psicóticos (posso usar esta palavra?) em nossos pacientes neuróticos” (p. 207-208). Nesse sentido, o autor declara ser incômodo, embora comum, quando uma análise se finda sem que estes elementos possam comparecer, quando a loucura que existe em alguns pacientes permanece irrevelada, não podendo assim ser cuidada (Winnicott, 1969a/1975). Em outras palavras, pode ser frustrante sabermos que um trabalho analítico encerrou-se sem poder chegar até o seu eixo essencial e nuclear, sem ter mergulhado até onde poderia (e precisaria).

Por essa razão, ao falarmos, no começo deste capítulo, sobre uma possível seleção de casos (a partir de uma divisão classificatória), entendemos que ela serve apenas como ponto de partida para pensarmos as delicadezas do manejo frente às necessidades plurais dos pacientes, porém, de forma alguma, ela determina a estrada por vir. Por essa razão, reiteramos a

importância de um manejo que seja elástico. A formação analítica, em especial a sua parte composta pela análise do analista, precisa passar pela conquista de uma maleabilidade psíquica que, entre muitas outras coisas, vai capacitar o analista a transitar entre qualidades diferentes de manejo e a poder se adaptar, de forma elástica, ao que cada análise demanda.

Essa constatação não pretende desconsiderar as limitações pessoais de cada analista, mas contemplar, na formação analítica daqueles que se propõem a realizar esse trabalho, o alcance de uma maturidade psíquica que suporte e sobreviva aos mergulhos no primitivo de cada analisando (cujas qualidades são singulares e que, como já dito, podem conter em si elementos psicóticos). Faz-se referência, portanto, a uma maturidade psíquica que é capaz de reconhecer os próprios limites³⁸ – os limites do próprio psiquismo e da própria atuação – assim como é capaz de suportar que as demandas do paciente se aprofundem, mostrem seu lado mais primitivo e infantil.

Afinal, se uma análise “profunda e abrangente” é realizada, elementos regressivos eventualmente comparecerão – uma psicanálise profunda é sempre, mais cedo ou mais tarde, uma psicanálise dos elementos primitivos da vida. Nesse sentido, Winnicott (1947/2000) declara que as últimas fases da análise de pacientes neuróticos contém uma qualidade regressiva. Acreditamos que ele alude a uma ideia de que é a partir dessa via regressiva que uma análise alcança suas camadas mais profundas, e que pode, por isso, terminar. Dessa forma, os fenômenos que estamos discutindo aqui, em análises bem-sucedidas, acontecem em algum momento e a intensidade deles varia enormemente (podendo inclusive não ser de ordem psicótica), mas em algum grau, essas experiências se desenrolam e por meio delas é possível se chegar a camadas mais essenciais da existência dos analisandos.

³⁸ Assim como, o próprio potencial de falhar, e as próprias falhas – discussão presente no final deste capítulo.

Ferenczi (1931/2011) coloca dessa forma: “de acordo com a minha experiência, produz-se mais cedo ou mais tarde, quase sempre muito tarde, é verdade, um desmoronamento da superestrutura intelectual e uma emergência brutal da infraestrutura, que é sempre primitiva e intensamente emocional” (Ferenczi, 1931/2011, p. 93). Na nossa leitura, essa infraestrutura pode ser entendida como o espaço que compreende os elementos encapsulados da vida primitiva, que podem ser, em alguns casos, marcados por traços psicóticos da personalidade.

Aqui dialogamos com a ideia do colapso da defesa falso *self* como o acontecimento que apresenta o verdadeiro *self* – em sua qualidade por vezes frágil e ferida, mas também verdadeira, criativa e espontânea. Ao pensar o desmoronamento dessa “superestrutura intelectual”, Ferenczi (1931/2011) já estava comunicando que toda boa análise deve poder ir ao âmago – e é aí que reside a profundidade da experiência analítica: em um trabalho que busca estar em contato com o núcleo verdadeiro do “eu”, não trabalhando somente com as defesas que o encobrem. Nesse sentido, Winnicott (1971/1975) faz advertências quanto ao perigo de trabalhos muito longos realizados apenas com o falso *self* (em especial quando este não acomoda muito vínculo com verdadeiro *self*) – análises infrutíferas, que acabam servindo a um fortalecimento dessa defesa (por não ser reconhecida como tal) ao impor uma técnica e um padrão, convidando o sujeito a se submeter e a se adaptar, pela própria indisponibilidade do analista em oferecer uma adaptação ativa.

Assim, muitas análises fracassam diante da defesa rígida do próprio analista contra a regressão ou contra o colapso. Potenciais enormes podem ser desperdiçados se não for possível reconhecer nesses fenômenos a força de saúde do psiquismo, que busca reviver justamente para integrar, para amadurecer, para recuperar a sensação de ser real e de estar vivo – por sua vez, conquistas que só podem acontecer na presença de um ambiente receptivo e disponível

afetivamente. E nisto reside o perigo efetivo da regressão: o de ela não ser bem acolhida. Se o analista não confiar no manejo da regressão, se não estiver pronto para acolhê-la, para receber a dependência, então essa experiência perde seu potencial integrador e reparador (Winnicott, 1954/2000).

Conhecermos a regressão e o colapso e confiarmos no potencial que eles têm quando acontecem na presença de um ambiente adaptado e seguro é o que nos permite permanecermos esperançosos, e continuarmos apostando: no psiquismo de nossos analisandos e no trabalho que realizamos.

O analista, o seu psiquismo e o trabalho de psicanálise

A análise não consiste apenas no exercício de uma técnica. É algo que nos tornamos capazes de fazer (Winnicott, 1954a/2000, p. 374)

A temática da regressão e o olhar inovador que Winnicott traz para esse fenômeno veio ilustrar novos horizontes na análise de pacientes em funcionamento psicótico, que se desenham a partir do que pode ser promovido pela disponibilidade afetiva e psíquica do analista. Abordaremos agora essa disponibilidade e o que a constitui, como elementos essenciais para o trabalho de psicanálise.

Ao disponibilizarmos nosso psiquismo, com tudo que o compõe, para acolhermos nossos pacientes e suas emoções, recebemos comunicações diversas, que podem nos mobilizar de inúmeras maneiras – e que se relacionam tanto com o conteúdo daquilo que o analisando nos comunica, quanto diz da nossa forma de receber, sentir, decifrar e metabolizar o que nos é comunicado. A maneira pela qual recebemos essas comunicações é composta pela nossa história pessoal, pela nossa formação, pelo nosso investimento no trabalho, pela nossa supervisão, pela nossa análise, enfim, por quem nós somos.

Enquanto analistas, nos encontramos implicados nesse ofício tanto com as nossas partes maduras quanto com as nossas partes primitivas e infantis. Ambas participam da construção (ou da falha em poder construir) de um espaço potencial entre analista e analisando, no qual podem circular as comunicações (verbais e não-verbais) e os elementos que viabilizam o trabalho de psicanálise. Ambas as partes nos são necessárias para que possamos estar sensíveis e também

diferenciados, para que possamos fornecer um contexto profissional para a confiança, para a continuidade e para o amadurecimento. Mas que contexto seria esse?

O trabalho clínico ocupa-se, antes de tudo, de receber o paciente, de recebê-lo como ele vem e com o que traz consigo. Segundo Winnicott (1971/1975), é uma atividade que trata, em grande parte, de devolver ao paciente, a longo prazo, o que ele traz; de refletir de volta o que o paciente comunica sobre si, sobre o seu funcionamento e sobre as suas necessidades – nesse sentido, há muito que os analistas comunicam ao poderem se adaptar³⁹.

Ao trabalhar, o analista encontra-se em um estado especial, colorido pela sua sensibilidade e receptividade, bem como pela sua *atitude profissional* – referente à sua técnica, ao trabalho que executa com a sua mente. Ao estar *profissionalmente* envolvido, o analista se deixa levar pela cooperação inconsciente do analisando e permanece vulnerável, ao mesmo tempo em que sustenta a necessária distância entre eles, situando nela a sua *atitude profissional* – que viabiliza a construção de um espaço *entre* muito particular, no qual a dinâmica pendular do psiquismo do analista, inspirada na dinâmica precoce materna, ganha movimento. A manutenção desse estado, como já mencionamos, é um trabalho constante, capacitado pela formação contínua do analista, isto é, seu estudo, sua supervisão e sua análise pessoal (Winnicott, 1960c/2007, 1962b/2007).

Como Ferenczi (1928a/2011) coloca, o analista habita uma “oscilação perpétua entre ‘sentir com’, auto-observação e atividade de julgamento” (p. 38). Estamos, portanto, em trânsito constante. Transitamos entre a experiência clínica e a teoria, entre nos observarmos e escutarmos o outro, entre saber e não saber. Um campo particularmente difícil de poder habitar verdadeiramente é este: o do não saber – o da abertura à descoberta clínica, à surpresa, à

³⁹ Como a comunicação silenciosa da confiabilidade e da disposição afetiva do analista.

novidade. A abertura a um campo desconhecido é precisamente o que o torna conhecível, abordável, transitável. Suportar e sustentar uma posição de não-saber não é qualquer coisa, nem coisa pouca. Com frequência, as fortes vivências clínicas nos conduzem ao “mundo dos conceitos”, que se impõe sobre nós, como que para ali nos ampararmos (Ab’Sáber, 2005). É precisamente essa condição de não-saber, no entanto, que devemos habitar, é ela que abre portas e desenha novos horizontes, que nos permite o inédito, enriquecendo enormemente o trabalho clínico.

Poder habitar efetivamente uma postura de não-saber concede ao analista um maior grau de liberdade. Há uma verdadeira riqueza em poder escutar o que não se sabe, poder ouvir o que reverbera em lugares que não são da ordem do saber, em exercer a liberdade da escuta sem a ânsia urgente de nomear, em poder brincar com uma liberdade associativa que não tem pretensões definidas de chegar a lugar algum.

Uma clínica que suporta e sustenta o não-saber se faz imprescindível. E, com pacientes em estados psicóticos, isso parece exigir um pouco mais do analista, pois podem ser muito angustiantes os momentos em que, permanecendo vulneráveis, entramos em contato com lógicas muito diferenciadas, não inscritas em um campo que seja por nós compartilhado. Nas falhas e nos buracos que compõem as vivências psicóticas (e as próprias raízes do funcionamento psicótico) vemos o sujeito não-determinado em algum lugar de sua experiência, não-determinado em sua própria história, na qual falta-lhe um pedaço, um lugar, alguma matéria. Se supomos saber que lugar é esse, não permitimos que ele seja descoberto, ou melhor, construído, fundado (para futuramente poder ser habitado). Uma postura de não-saber (por mais angustiante que possa ser) é o que possibilita o trânsito nesse espaço desconhecido, tornando-o palco de afetos e de experiências inéditas para o par analítico. Como diz Ferenczi (1928a/2011), “só uma verdadeira

posição de ‘*sentir com*’ pode ajudar-nos” (p. 37), poder *sentir com* é o que precede o “saber sobre”, e portanto é onde reside a potencialidade de construção de um novo saber entre analista e analisando.

Essa postura permite às construções da análise o seu ritmo próprio, sem abastecer e inflar com interpretações uma área que pode vir a ser um espaço potencial (Winnicott, 1971/1975). Ou, como Green (1975/2005) coloca, sem preencher o vazio prematuramente com interpretações, quando outras coisas ainda precisam poder ocupar esse espaço. Do contrário, as interpretações prematuras podem ser vividas como uma repetição da intrusão ambiental vivida primitivamente. Trata-se de situar o que o paciente nos dá em um “espaço que não é nem vazio, nem cheio a ponto de transbordar, mas um espaço ventilado” (Green, 1975/2005, e-book, cap. 02, p. 17/40, tradução nossa), que, para o autor, é a qualidade do espaço potencial.

Poder transitar em um espaço ventilado, trafegando entre as incertezas do saber são elementos que compõem o brincar. O brincar, como mencionado no primeiro capítulo, tem em si uma qualidade terapêutica, é próprio da saúde e integra o trabalho analítico. Ele tem o potencial de transportar as vivências para uma área de controle onipotente, uma área pessoal e subjetiva – em que é possível se apropriar do vivido criativamente. Assim, a brincadeira na clínica não é limitada às análises de crianças, ela está presente no trabalho como um todo, com cada analisando (Winnicott, 1971/1975). O brincar com adultos se faz presente no humor, nas inflexões de voz, na ironia, na metáfora (que é, em si, um brincar com palavras e com a potencialidade imaginativa da dupla analítica). Dessa forma, brincamos com os nossos pacientes ao transportar suas vivências para a situação estabelecida da transferência (para o espaço potencial compartilhado pela dupla analítica, com a sua realidade própria) e, por isso, o brincar é próprio da psicanálise. E o trabalho

com aqueles que não conquistaram os recursos necessários ao brincar é justamente o de favorecer e facilitar essa conquista.

Assim, retomo a reflexão de que o trabalho do psicanalista envolve, em grande parte, resgatar e favorecer o movimento natural que não pôde acontecer. Por vezes, isso vai ser referente à conquista do brincar. Em outras, vai ser necessário que o analista empreste o seu ego mais integrado e sirva de ego-auxiliar – já que, para se integrar, um ego não-integrado precisa ser sonhado, concebido por outro ego, já mais integrado e maduro⁴⁰ – que sonhe por (e com) aqueles que não puderam ser sonhados, ou que não podem sonhar (um sonho que é sonhado pelo analista e retorna, aos poucos, ao analisando, transformando-se em sonho que ele pode sonhar também). O analista, ao promover as condições ambientais necessárias se oferece “como matéria sutil de um vir-a-ser” (Ab’Sáber, 2005, p. 112).

No analista, o analisando pode encontrar o ambiente e a continuidade que não teve, promotores desse vir-a-ser – e pode internalizá-los, vir a conquistar a sua própria continuidade de ser, promovendo, por sua vez, novas conquistas, novos voos e a inauguração de uma existência verdadeira. O analista se disponibiliza como palco de circulação e elaboração afetiva e devolve aos seus pacientes, à sua clínica, o que ali, em seu mundo interno, se produziu (Ab’Sáber, 2008). Ao permitirmos que a intensidade de um acontecer clínico tome conta de nós, temos a oportunidade de tomar conta dela, de nos apropriarmos e criarmos algo a partir dela (a partir de uma experiência que é da dupla, que envolve o par analítico). Isso inclui a experiência de quando falhamos – a partir da qual muito podemos apreender e alcançar na relação analítica.

Assim, seja diante de uma troca clínica que nos toma e nos ocupa de formas intensas, seja diante da nossa própria subjetividade, da nossa humanidade, ocasionalmente vamos falhar em nos

⁴⁰ Da mesma forma que a mãe, na saúde, empresta ao bebê o seu ego mais maduro e integrado, discussão que exploramos no primeiro capítulo.

adaptar a nossos analisandos. Diante de um fluxo tão intenso de trocas, humano em todas as suas camadas, em algum momento o par analítico vai se deparar com uma qualidade maior de desencontro, que, eventualmente, habita toda relação humana. Aqui, mais uma vez, o que determina os caminhos a se desenharem na relação analítica é o que o analista, a partir de seus recursos e de sua maturidade psíquica, faz com a própria falha, e com o que ela produziu no analisando.

Nesse sentido, em um ambiente disponível e reparador, a falha pode ter repercussões também criativas, pode abrir caminhos importantes na análise. A falha atual do analista tem uma potência atualizadora, podendo evocar e presentificar falhas primitivas, trazê-las para o cenário analítico. O analista que conhece a regressão pode legitimar e manejar a falha de formas mais terapêuticas, compreendendo o seu valor.

Como vimos dizendo, muito dessa clínica acontece apenas a partir da atualização pela experiência, e, portanto, o momento em que o analista falha pode ser recebido como uma oportunidade de trazer a falha precoce para os contornos mais seguros da transferência. Uma experiência na qual as áreas em que o ambiente originário falhou com o sujeito podem ser melhor conhecidas, e o sentir excessivo, que não se inscreveu em sentido, pode ser vivido pela dupla analítica. E, na receptividade e no reconhecimento da falha pelo analista, vir a ser inscrito nesse laço, a partir de sua atitude adaptada e facilitadora – a partir da qualidade suficientemente boa do ambiente de análise. Abre-se, no momento presente, espaço para que seja possível reparar uma falha antiga: (re)conhecê-la, legitimá-la e cuidar dos seus efeitos, sem procurar apagar o que se rompeu, mas favorecendo a experiência do analisando de se apropriar da ruptura vivida, de inscrevê-la na sua experiência.

Dessa forma, o encontro com a falha atual do analista é também uma oportunidade para que o analisando se diferencie da falha primitiva (ocorrida em uma época em que ainda não havia a conquista da diferenciação). O reencontro com a ruptura, nesse contexto, possibilita ao analisando fazer frente a ela a partir de outro lugar – já que, no presente, é possível contar com recursos mais elaborados, bem como com um contexto acolhedor, que possibilitam ao analisando responder à falha no lugar de reagir, apropriar-se dela, enquanto parte de sua história. Agora, uma elaboração ativa é viável. Pode-se, por exemplo, sentir raiva – da falha atual e da antiga, uma raiva que contribui para atualizar as vivências, para trazer o passado para o presente.

Essas falhas produzem raiva, e isto tem valor, porque a raiva traz o passado para o presente. Por ocasião da falha inicial (ou 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, 1969/1994, p. 199).

Assim, a falha deve ser tratada *também* como falha antiga, deve ser reconhecida e cuidada em ambas as temporalidades. Ferenczi (1932/2011) foi pioneiro em suas contribuições sobre o caráter da falha do analista, alegando que ela poderia promover o encontro da dupla analítica com questões mais primitivas da constituição psíquica do sujeito, fato que impulsiona a análise. Esse impulso adviria da possibilidade do analista de reconhecer a falha no lugar de negá-la, uma vez que a ausência de reconhecimento implicaria um retraumatismo junto ao sujeito, pois configuraria um desmentido, repetindo algo que qualificou a falha antiga.

Admitir um erro valia ao analista a confiança do analisando (...) a capacidade de admitir os nossos erros e de renunciar a eles, a autorização das críticas, fazem-nos ganhar a confiança do paciente. *Essa confiança é aquele algo que*

estabelece o contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico (Ferenczi, 1932/2011 p. 114-115, grifos do autor).

Esse contraste é o que promove, para o analisando, a possibilidade de inscrever essa vivência em um outro registro (ou de inscrever algo que ainda não está inscrito), de poder ocupar um outro lugar. Poder estabelecer esse contraste, eu diria, é o que constitui um uso terapêutico da falha do analista. Algo que só acontece se o analista pode questionar-se, se investe em espaços de apoio e interlocução em que pensa a sua clínica, nos quais pode cuidar de seu instrumento de trabalho: o seu psiquismo. Da mesma forma que a mãe só pode amparar bem o seu bebê se estiver amparada, o analista também precisa de amparo e alteridade para sustentar seus pacientes.

Ressalto, portanto, a importância de uma alteridade que ampare e sonhe a experiência clínica em outros espaços potenciais específicos, profissionais e sustentadores do fazer clínico. Esses espaços, em particular o da análise pessoal, comportam a ampliação do espaço psíquico do analista justamente pela possibilidade de percorrer as áreas em seu psiquismo que *sentem com* as angústias dos pacientes em estados psicóticos.

Com tudo isso, retomo: a clínica com os funcionamentos psicóticos nos coloca em contato com *os nossos* funcionamentos e traços psicóticos. Por essa razão, esse é um trabalho que, para ser bem-sucedido, requer de nós, além de uma significativa disponibilidade afetiva, um mergulho profundo na nossa própria análise, nas partes psicóticas que nos habitam (e com as quais, frequentemente, esses pacientes se comunicam). Citando Winnicott (1947/2000): “A fim de nos tornarmos capazes de analisar pacientes psicóticos, devemos alcançar em nossas análises os níveis mais primitivos em nós mesmos” (p. 279). Somente a partir do cuidado e do trabalho com o nosso psiquismo poderemos acompanhá-los sem nos paralisarmos diante do medo do colapso,

ou da loucura (a deles e a nossa). Sustentar o colapso não implica não sentirmos medo, mas sim podermos não nos paralisar diante dele.

É uma clínica que, perante o nosso engajamento, convoca as nossas partes mais primitivas, com frequência muito estranhas a nós mesmos. E o contato com elas nos sensibiliza para o primitivo que habita o humano, nos instrumentaliza para mergulharmos nele. Se pudermos habitar essas partes, sem nos misturarmos ou perdermos de vista a nossa função e os limites dela, transformamos isso em trabalho clínico – um trabalho que sensibiliza a nossa escuta, refina o nosso manejo e nos mune de recursos psíquicos para trabalhar de forma cada vez mais sensível, profunda e criativa.

Estamos falando de uma clínica de fato desafiadora, porém que retorna para nós com uma riqueza imensa: enquanto amadurecimento da nossa formação. Margaret Little (1990/1992), que tanto conheceu da regressão, declara que, ao atender pacientes psicóticos e regredidos “o analista lucra com uma compreensão melhor da psicose e um maior conhecimento de si mesmo” (p. 92). Trata-se, portanto, de uma experiência que nos põe em contato com as nossas próprias partes primitivas e, a partir disso, nos oferece a oportunidade de construirmos um relacionamento mais saudável com elas, de fazermos uma clínica viva e bonita com elas.

Aportamos aqui ao ponto de chegada desta navegação: à conclusão de que o trabalho com pacientes em funcionamento preponderantemente psicótico tem o potencial de enriquecer profundamente o nosso instrumento de trabalho, favorecendo uma afinação do tecido da nossa escuta para apreender os traços psicóticos em pacientes que chegam até nós funcionando a partir da parte não psicótica de sua personalidade – pacientes que chegam aparentando maior maturidade e integração, a partir de uma defesa do tipo falso *self*, por exemplo. É um trabalho que tem, ainda,

o potencial de enriquecer nossas possibilidades de escutar o primitivo em todos os nossos pacientes.

Winnicott (1945/2000, 1954/2000, 1954a/2000, 1963a/2007) declarou, em algumas ocasiões, que os pacientes psicóticos (em especial quando regrediam) eram os que mais lhe ensinavam sobre os primórdios da vida psíquica, sobre o que se passava entre mãe e bebê. Esta pesquisa vem ao encontro dessa ideia, pois sustenta que o trabalho com esses pacientes abre caminhos em nós para um contato mais sensível e profundo com o primitivo de todos os nossos pacientes – em especial, aqueles que precisam eventualmente experimentar os seus funcionamentos psicóticos.

Não temos aqui o intuito de afirmar que todos os analistas devem poder receber pacientes em funcionamentos psicóticos. Como já dito, o analista deve conhecer bem o seu instrumento de trabalho e, portanto, conhecer as próprias limitações. No entanto, por mais que se faça uma seleção rigorosa⁴¹ dos casos antes de recebê-los, o analista não está livre de se deparar, no curso de uma análise, com pacientes entrando em contato com elementos psicóticos de suas personalidades, diante do colapso de suas organizações defensivas⁴². E, por essa razão, o que esta pesquisa deseja salientar é que, apesar de surpreendente e por vezes assustador, esse é um trabalho possível, riquíssimo e muito interessante.

O colapso de fato pode ser assustador, mas, como já dizia Winnicott (1963d/1994), o colapso não é a psicose. Manejar o colapso é essencial em muitos momentos do trabalho (afinal, como já discutido, o colapso da organização defensiva está mais próximo para os pacientes em funcionamentos psicóticos), porém isso não qualifica toda a extensão do trabalho com esses

⁴¹ Uma seleção que, em termos concretos, serve mais a fins teóricos do que se apresenta clinicamente.

⁴² Inclusive, para que a formação de analistas comporte funcionamentos psíquicos de qualidade atual – que tanto vêm sendo recebidos nos consultórios na contemporaneidade –, faz-se necessário refletir sobre essas dimensões de angústia presentes no analista e na infraestrutura de grande parte dos analisandos que recebe.

pacientes. É uma clínica que exige um bocado de nós, mas é uma clínica também intrigante, de muita surpresa e esperança. É uma clínica em que podemos entrar em contato com lógicas diferentes, testemunhar produções extremamente criativas, conhecer maneiras singulares de pensar, e formas únicas e peculiares de se estar no mundo.

Se o analista puder receber, *sentir com*, oferecer um cuidado adaptado e continente, bem como sustentar o paciente durante essas experiências, o trabalho analítico evolui e a existência do paciente se aprofunda, de modo a favorecer que ele se sinta mais verdadeiro. Por mais que a qualidade dessas experiências passe por angústias e dores psíquicas profundas, são experiências ricas e necessárias para muitos indivíduos, das quais eles emergem nos mostrando a potência de seu vir-a-ser, apresentando um lado criativo (por vezes até poético), que até então não conhecíamos – e, mais importante, que não era conhecido por eles. São momentos do trabalho clínico que nos surpreendem imensamente, que são muito gratificantes e nos encorajam a convidar, cada vez mais, os aspectos reais dos pacientes a comparecerem na análise – um convite que se dá a partir da nossa postura, da nossa abertura à experiência e ao não-saber, do ambiente que oferecemos e da nossa disponibilidade psíquica para “mantermos vivo o campo da surpresa, da indeterminação; (...) para permitirmos a instauração do novo pelo paciente em nós e no mundo” (Ab’Sáber, 2005, p. 112).

A clínica psicanalítica é campo de abertura e receptividade ao novo, ao desconhecido. É espaço de convite, de sonho e de aposta – em cada dupla, a cada encontro, um a um. Não se trata de compreender ou conhecer tudo, mas de compreender o suficiente para poder sustentar uma experiência com o analisando, para poder devolver a ele algo que o sustente – algo que ofereça, nos contornos do trabalho clínico, a humanidade do analista e a verdade do paciente. Um trabalho que conta com a descoberta, com a surpresa e com o encontro com o desconhecido, a partir da

disposição afetiva do analista para acompanhar seus pacientes em seus mergulhos, e apostar na potencialidade desses mergulhos. A arte desse trabalho é a arte de convidar a verdade do outro a emergir e a ser conhecida e legitimada, por nós e por ele – é a arte do convite e da manutenção de uma postura que sustenta, ao longo do tempo, o que venha a emergir desses convites.

Considerações finais

Esta pesquisa é o resultado de muitas reflexões e inquietações que brotaram da minha experiência clínica. Como sempre, em psicanálise, é a clínica que nos guia na direção de qualquer construção teórica, é dela que partimos e é a ela que chegamos – é a partir das trocas clínicas que refletimos, nos movimentamos e criamos. É das sementes clínicas que nasce a pesquisa, e de seus frutos a teoria ganha corpo, vida e construção, tendo em vista que “a teoria é o ponto de chegada da psicanálise” (Celes, 2006, p. 11).

Na presente pesquisa pude atestar que a escrita acadêmica move e acende em nós espaços de qualidades similares aos que experimentamos clinicamente, enquanto analistas. Foi, para mim, campo de ricos encontros e desenvolvimentos. Senti, nos vários momentos da escrita, a clínica ganhando novas formas e novas vozes dentro de mim. Os momentos de reflexão, de escolha cuidadosa de palavras, de escrita criativa, de leitura e de encontro com o que foi criado, bem como as etapas de correção, lapidação, e de ponderação a posteriori sobre os escritos, enfim, tudo que envolveu pensar o texto como um todo e em suas partes, entrelaçadas umas às outras, me remeteu à clínica e às atividades que ali realizamos com o nosso psiquismo e com o nosso sentir.

Todo esse exercício reverberou em minha clínica, bem como a atividade clínica e suas texturas se fizeram aqui presentes. Desde o estado de mente da escuta e atenção flutuantes (um estado que comporta em si a nossa escolha de palavras, a nossa postura, e, da mesma forma, participa da elaboração posterior dos encontros), até as qualidades mais surpreendentes da clínica e do encontro, que experienciamos ao nos admirarmos e surpreendermos com o que ali é criado e encontrado – ao conhecermos os resultados das nossas intervenções mais espontâneas e criativas,

que partem e se articulam com algo que nos foi comunicado e seguem descobrindo novos caminhos. Em suma, aqui também, pôde ser construído um espaço potencial.

Dessa forma, constato que a articulação entre experiência acadêmica, prática clínica e pesquisa psicanalítica se faz necessária e, ainda mais, se mostra extremamente fecunda. A escrita acadêmica e o que a compõe nos põe em trânsito: entre se ater ao rigor necessário e imprescindível, e manter abertos e ventilados os espaços para a criação e para o encontro. Aqui, mais uma vez, nos encontramos em movimento pendular. A escrita acadêmica nos convida a descobrir e a habitar novos espaços dentro de nós mesmos – assim como o trabalho clínico – e dessa exploração nascem novas formas de se pensar a clínica. Por essa razão, esta experiência foi, para mim, de muita apropriação.

Trançando clínica e escrita, pude apropriar-me de formas inaugurais das vivências de ambos os campos, que puderam circular pelos espaços internos que compuseram esta jornada. Uma experiência extremamente frutífera, na qual criação acadêmica e viver clínico puderam caminhar juntos, enriquecendo-se mutuamente e se complementando de formas criativas e surpreendentes. Os frutos daí advindos permanecerão circulando e amadurecendo por muito tempo.

A interlocução entre clínica psicanalítica e escrita acadêmica tem potenciais ricos e férteis: a clínica sendo o que motiva e estimula o nosso desejo de escrever e a atividade de escrita sendo promotora de inúmeras costuras, reflexões e descobertas, inaugurando diálogos e mostrando ser uma rica aliada para a construção de uma clínica que é pensada e compartilhada, que circula *entre* espaços. Escrever sobre a clínica é pensar a clínica, e a clínica precisa ser pensada, a articulação entre experiência e teoria só se faz relevante se perpassa trocas e reflexões cuidadosas, implicadas. Da escrita e de seu compartilhamento em fecundos espaços de apoio,

puderam nascer novas construções, que foram, de maneira enriquecedora, transportadas para a clínica, bem como pude transportar a minha clínica para esta dissertação e vê-la aqui representada.

No âmbito desta pesquisa, buscamos abordar a riqueza e a fertilidade da clínica com estados e funcionamentos psicóticos, como uma clínica que inaugura uma técnica elástica para o analista e com ela lhe convida a fazer mergulhos profundos. Para essa reflexão, parto da minha própria experiência, que, iniciada na saúde mental, com sujeitos em grave sofrimento psíquico, foi determinante para a minha forma de ver e sentir a clínica a partir de um campo mais sensível e de uma postura mais elástica.

Para esta exploração, partimos da discussão da constituição psíquica, buscando caminhar pelo campo do desenvolvimento emocional primitivo e das conquistas que favorecem o amadurecimento do bebê. Enfatizamos a importância do ambiente na saúde psíquica do indivíduo, pensando o vir-a-ser humano enquanto algo que acontece dentro de uma relação e de uma dinâmica delicada, cheia de nuances. Nossos passos nesse terreno deixaram sementes que foram colhidas um pouco mais à frente, quando buscamos articular os frutos desta discussão com o manejo clínico – enquanto uma dinâmica relacional que também promove e favorece um vir-a-ser.

Antes de chegarmos a esse ponto, passeamos em reflexões sobre o ambiente e as raízes dos funcionamentos psicóticos. Exploramos uma compreensão da psicose em termos de funcionamentos e traços psicóticos, que podem ser predominantes ou não na personalidade e que podem comparecer clinicamente mesmo em pacientes ditos neuróticos. Ponderamos sobre a riqueza e a saúde psíquica que podem existir mesmo em quadros de muito sofrimento. Discutimos a força de saúde do psiquismo, que insiste em inscrever, na história do sujeito, as

vivências que não tiveram caráter de experiência, que não puderam ser inscritas, pela qualidade impensável de dor, confusão e ruptura.

Alcançamos, então, nosso percurso final: a discussão do manejo. Nessa trajetória, sustentamos e defendemos uma clínica flexível, esperançosa, que comporta e suporta o não-saber, uma clínica intrinsecamente aberta à experiência. Discutimos aqui a regressão à dependência como um fenômeno promotor de novas conquistas no desenvolvimento; o colapso das defesas como um acontecimento cheio de esperança e de potencialidades para o trabalho clínico; a clínica com pacientes em funcionamentos psicóticos como uma clínica que resgata e acessa de forma intensa o primitivo, que enriquece a escuta e a sensibilidade do analista, sendo promotora do manejo clínico com todos os pacientes. Em essência, abordamos uma clínica viva, intrigante e desafiadora, que convida a verdade e as potências reais dos analisandos a emergirem.

Enfatizamos ainda a importância da análise do analista e de sua formação continuada, como ferramentas de cuidado que sustentam o seu psiquismo no fazer clínico. Atribuímos destaque especial à análise pessoal do analista, enquanto meio que o possibilita acessar os seus elementos primitivos e os seus traços psicóticos, pois somente a partir desse mergulho em si é possível sustentar, por meio de um manejo sensível e diferenciado, os mergulhos específicos de cada paciente. Exploramos um manejo no qual o analista pode estar identificado, *sentindo com* o paciente e acolhendo a sua transferência e, ao mesmo tempo, diferenciado, não se perdendo nesta identificação, mas exercendo um movimento constante e pendular, que oscila entre estar perto, para acompanhar e *sentir com* o paciente, e estar suficientemente distante, para não se misturar a esse sentir, para reter a sua capacidade de pensar e poder assim se adaptar – para deixá-lo livre, permitindo que exista à sua própria maneira. Um manejo que permite que o analista seja um

objeto transicional para o analisando – um objeto subjetivo e, ao mesmo tempo, orientado para a realidade compartilhada do viver.

Em síntese, defende-se aqui uma clínica de tonalidade esperançosa, de aposta no desenvolvimento ilimitado do humano, nunca inteiramente congelado ou estacionado. Aposta-se na vitalidade psíquica, na possibilidade de alcançar novos espaços e conquistas, enquanto houver vida. Uma aposta que é motor do nosso trabalho e da forma com que sonhamos a nossa clínica; uma aposta na pluralidade e no alcance do trabalho psicanalítico.

E uma aposta, também, na continuidade do pesquisar, nunca findo, especialmente em se tratando do inconsciente, da psicanálise. Da mesma forma que o trabalho clínico e a análise do analista promovem descobertas e mergulhos em seu psiquismo, também a pesquisa em psicanálise apresenta essa potência e abre caminhos para descobrirmos, em nós mesmos, novos espaços e afetos. A escrita realizada de forma implicada nos convoca a um mergulho profundo em nosso psiquismo e, por essa razão, ela é fonte de produção verdadeira e valiosa em psicanálise.

Como diz Flannery O'Connor⁴³, escrevemos para descobrir o que sabemos. Posso dizer que muito foi descoberto ao fim desta pesquisa, muito do que eu não sabia que estava aí para ser descoberto, para ser encontrado. Portanto, há muita substância a ser ainda sentida, decantada, compreendida e amadurecida para estudos futuros. Para estudos que possam continuar navegando pelos oceanos do primitivo, tanto em suas águas mais calmas, quanto em suas águas mais turbulentas, próximas das experiências psicóticas; que mergulhem no sonho e em sua vigorosa potência, em sua eterna atualização desse universo primitivo; que passem pelos espaços psíquicos de terreno sinuoso, que se estendem para além do princípio de prazer e que,

⁴³ “I write to discover what I know” – *The Habit of Being: Letters of Flannery O'Connor*.

ainda assim, pulsam vida, insistem em se repetir para inaugurar, para (re)encontrar, para reviver o que na verdade ainda não foi vivido.

Os frutos desta pesquisa deixam por aqui diversas interrogações, muitas matérias ainda cruas, e múltiplas reflexões e inquietações suscitadas por esta escrita, que não puderam – e nem poderiam, para que venham a amadurecer – ser exploradas aqui. Nesse sentido, mais uma vez a escrita se faz clínica: é preciso de um *a posteriori*, de uma reflexão que só pode vir depois da experiência, para que seus conteúdos circulem, se elaborem e tragam novas descobertas, novos questionamentos e, a longo prazo, novas construções.

Assim como para Borges⁴⁴, algo perdurará aqui, instigando reflexões que incitam a procura, a busca de algo que ainda não foi encontrado.

⁴⁴ Ver subseção: “A clínica da regressão à dependência, do colapso e da esperança”, do terceiro capítulo desta dissertação.

Referências Bibliográficas

- Ab'Sáber, T. A. M. (1997). Winnicott, seu Freud e a Psicanálise. *Percurso*, 19(2), 57-64. Recuperado de <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs19/artigo1957.htm>
- Ab'Sáber, T. A. M. (2005). O sonho entre nós: Winnicott. Em *O sonhar restaurado: formas do sonhar em Bion, Winnicott e Freud* (pp. 125-222). São Paulo: Ed. 34.
- Ab'Sáber, T. A. M. (2008). A respeito da loucura branca da mãe do psicótico. Em S. L. Alonso, D. M. Breyton, H. M. F. M. Albuquerque (Orgs.) *Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura*. São Paulo: Escuta, Departamento de Psicanálise Sedes Sapientiae, 1ª ed., p. 322-333.
- Abram, J. (1996). *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- Aiello-Fernandes, R., Ambrosio, F. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012, novembro). O método psicanalítico como abordagem qualitativa: considerações preliminares. Em L. S. D. L. P. C. Tardivo, & T. M. J. Aiello-Vaisberg (Orgs.), *Anais da X Jornada Apoiar: o laboratório de saúde mental de psicologia clínica social – 20 anos – o percurso e o futuro*, 306-314. Simpósio realizado pelo Instituto de Psicologia da USP, em São Paulo, SP.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). Da questão do método à busca do rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. Em *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e Letras, 119-28.

- André, J. (2001). Entre angústia e desamparo. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 4(2), 95-109. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982001000200008&script=sci_arttext
- Alvarez, A. (1994). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo, C. A. S. (2003). Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe. *Estilos da Clínica*, 8(14), 146-163.
- Araújo, C. A. S. (2003a). O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. *Natureza Humana*, 5(1), 39-58.
- Baldini, M. L. F. (2015). *A metapsicologia do analista no trabalho de psicanálise: uma perspectiva freudiana* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19428>
- Bion, W. R. (1957). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. Em E. B. Spillius (Org.), *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica. Volume 1: Artigos predominantemente teóricos* (pp. 69-86). Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- Brasil, I. A. (2015). *Da procura, um encontro: A identificação projetiva e a capacidade transicional* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19459>
- Celes, L. A. (2005). Psicanálise é o nome de um trabalho. *Psicologia Clínica*, 17(2), 157-171. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652005000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Celes, L. A. (2005a). Psicanálise é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir. *Psychê*, 9(16), 25-48.

Celes, L. A. (2006). Teoria da libido e teoria das relações de objeto: confronto e aproximações?. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 19(188), 5-13. Recuperado de <http://docplayer.com.br/32917675-Artigos-luiz-augusto-celes-teoria-da-libido-e-teoria-das-relacoes-de-objeto-confronto-e-aproximacoes.html>

Chamond, J. (2009). Continuité d'être et primitive agony: le bébé winnicottien et le psychotique. *Natureza Humana*, 11(1), 7-36. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v11n1/v11n1a01.pdf>

Dias, E. O. (2008). A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. *Natureza Humana*, 10(1), 29-46. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v10n1/v10n1a02.pdf>

Dias, E. O. (2014). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial.

Ferenczi, S. (1928). A adaptação da família à criança. Em *Sándor Ferenczi Obras Completas, Psicanálise IV* (pp. 01-16). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

Ferenczi, S. (1928a). Elasticidade da técnica psicanalítica. Em *Sándor Ferenczi Obras Completas, Psicanálise IV* (pp. 29-42). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

Ferenczi, S. (1929). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. Em *Sándor Ferenczi Obras Completas, Psicanálise IV* (pp. 55-60). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

Ferenczi, S. (1931). Análises de crianças com adultos. Em *Sándor Ferenczi Obras Completas – Psicanálise IV* (pp. 79-95). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

Ferenczi, S. (1932). Confusão de língua entre os adultos e a criança (a linguagem da ternura e da paixão). Em *Sándor Ferenczi Obras Completas – Psicanálise IV* (pp. 111-121). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

Ferenczi, S. (1934). Reflexões sobre o trauma. Em *Sándor Ferenczi Obras Completas – Psicanálise IV* (pp. 125-135). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

Freud, S. (1900). *A interpretação dos sonhos*. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012.

Freud, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. Em P. C. D. Souza (Ed. & Trad.), *Obras Completas volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos, 1911-1913* (pp. 108-121). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Freud, S. (1920). Além do princípio do prazer. Em P. C. D. Souza (Ed. & Trad.), *Obras Completas volume 14: História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos, 1917-1920* (pp. 161-239). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Freud, S. (1924). Neurose e Psicose. Em M. R. S. Moraes (Ed. & Trad.), *Neurose, Psicose, Perversão (Obras Incompletas de Sigmund Freud)* (pp. 271-276). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

Freud, S. (1924a). A perda da realidade na neurose e na psicose. Em M. R. S. Moraes (Ed. & Trad.), *Neurose, Psicose, Perversão (Obras Incompletas de Sigmund Freud)* (pp. 279-284). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

Freud, S. (1937). Construções na análise. Em M. R. S. Moraes (Ed. & Trad.), *Fundamentos da clínica psicanalítica (Obras Incompletas de Sigmund Freud)* (pp. 365-379). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

Green, A. (1975). The analyst, symbolization and absence in the analytic setting. Em A. Green (Ed.), *On Private Madness* [Kobo e-book]. London: Karnac Books, 2005. Recuperado de <http://us.karnacbooks.com/product/on-private-madness/149/>

Green, A. (1978). Potential Space in Psychoanalysis. Em A. Green (Ed.), *On Private Madness* [Kobo e-book]. London: Karnac Books, 2005. Recuperado de <http://us.karnacbooks.com/product/on-private-madness/149/>

Green, A. (1980). The dead mother. Em A. Green (Ed.), *On Private Madness* [Kobo e-book]. London: Karnac Books, 2005. Recuperado de <http://us.karnacbooks.com/product/on-private-madness/149/>

Green, A. (2005). Winnicott at the start of the third millennium. Em L. Caldwell (Ed.), *Sex and sexuality: Winnicottian perspectives (Winnicott Studies Monograph Series)* (pp. 11-31). London, UK: Karnac Books.

Khan, M. M. R. (1958). Introdução. Em D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 11-54). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Khan, M. (1963). O conceito de trauma cumulativo. Em M. Khan (Org.), *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos* (pp. 57-75). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1974.

Klein, M. (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. Em *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp. 85-118). Rio de Janeiro: Imago, 1991.

Klein, M. (1955). Sobre a Identificação. Em *Inveja e Gratidão e outros trabalhos* (pp. 169-205). Rio de Janeiro: Imago, 1991.

Little, M. I. (1990). *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Winnicott e-prints, 1(1)*, 1-29. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2006000100004

Macedo, H. O. (2012). *Cartas a uma jovem psicanalista*. São Paulo: Perspectiva.

- Mariz, N. N., & Zornig, S. M. A. J. (2011). Violência precoce e constituição psíquica: limites e possibilidades de representação no corpo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(3), 426-439. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000300002
- Mezan, R. (2014). *O Tronco e os Ramos: Estudos de História da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Naffah Neto, A. (2010). Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Natureza humana*, 12(2), 1-18. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200004
- Naffah Neto, A. (2012). René Roussillon e DW Winnicott: encontros e desencontros nos interstícios da construção teórica. *Winnicott e-prints*, 7(2), 15-27. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2012000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Neves, A. R. R. A. (2014). *O Núcleo Psicótico numa Psicose em Potencial. O Complexo de Mãe Morta e a Psicose Branca: um estudo de caso* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/599>
- Oliveira, N. R. (2011). *Costurando rupturas: o trauma na clínica psicanalítica com uma criança* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10058>
- Outeiral, J. O. (2007). D. W. Winnicott: o homem e a obra. Em M. C. Pinto (Org.), *O livro de ouro da psicanálise* (pp. 393-403). Rio de Janeiro: Ediouro.

Outeiral, J. O., & Graña, R. B. (1994). Apresentação à edição brasileira. Em C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações Psicanalíticas* (pp. vii-xv). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Safra, G. (1998). A loucura como ausência de cotidiano. *PSYCHÊ: Revista de Psicanálise*, 2(2), 99-108, São Paulo: UNIMARCO.

Safra, G. (1999). A clínica em Winnicott. *Natureza humana*, 1(1), 91-101. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24301999000100006&lng=pt&tlng=pt.

Safra, G. (2001). Investigação em Psicanálise na Universidade. *Psicologia USP*, 12(2), 171-175. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/viewFile/63382/66125>

Winnicott, D. W. (1939). Desilusão Precoce. Em C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações Psicanalíticas* (pp. 17-19). Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento Emocional Primitivo. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1947). O Ódio na Contratransferência. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1949). Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1949a). A Mente e sua Relação com o Psicossoma. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1950). Idéias e Definições. Em C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações Psicanalíticas* (pp. 36-37). Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

Winnicott, D. W. (1950-1955). A Agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 288-304). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1951). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 316-331). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1952). Psicoses e cuidados maternos. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1953). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. Em *O brincar e a realidade* (pp. 10-30). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1954). Retraimento e Regressão. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 347-354). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1954a). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1955-1956). Formas Clínicas da Transferência. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1956). A Preocupação Materna Primária. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1956a). A Tendência Anti-Social. Em *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 406-416). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

Winnicott, D. W. (1957). Alucinação e Desalucinação. Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 33-35). Porto Alegre: Artmed, 1994.

Winnicott, D. W. (1959-1964). Classificação: Existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1960a). Teoria do relacionamento paterno-infantil. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1960b). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. Em *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 21-28). São Paulo: Martins Fontes, 2013.

Winnicott, D. W. (1960c). Contratransferência. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 145-151). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1961). Observações Adicionais sobre a Teoria do Relacionamento Parento-filial. Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M., Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 59-61). Porto Alegre: Artmed, 1994.

Winnicott, D. W. (1961a). Tipos de psicoterapia (P. Sandler, Trad.). Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Tudo começa em casa* (pp. 93-103). São Paulo: Martins Fontes, 2016.

Winnicott, D. W. (1961b). Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. Em *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 89-100). São Paulo: Martins Fontes, 2013.

Winnicott, D. W. (1962). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 156-162). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1962a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1962b). Os objetivos do tratamento psicanalítico. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1963). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 207-217). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1963a). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1963b). Três revisões de livros sobre o autismo (M. A. V. Veronese, Trad.). Em R. Sheperd, J. Johns, & H. T. Robinson (Orgs.), *Pensando sobre crianças* (pp. 176-177). Porto Alegre: Artmed, 2008.

Winnicott, D. W. (1963c). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 225-233). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1963d). O medo do colapso (*Breakdown*). Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed, 1994.

Winnicott, D. W. (1963e). Moral e Educação. Em I. C. S. Ortiz (Ed. & Trad.), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 88-98). Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1964). A importância do *Setting* no Encontro com a Regressão na Psicanálise. Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 77-81). Porto Alegre: Artmed, 1994.

Winnicott, D. W. (1965). A Psicologia da loucura: Uma contribuição da psicanálise. Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artmed, 1994.

Winnicott, D. W. (1966). Autismo (M. A. V. Veronese, Trad.). Em R. Sheperd, J. Johns, & H. T. Robinson (Orgs.), *Pensando sobre crianças* (pp. 179-192). Porto Alegre: Artmed, 2008.

Winnicott, D. W. (1966a). A mãe dedicada comum (J. L. Camargo, Trad.). Em M. Davis, & R. Sheperd (Orgs.), *Os bebês e suas mães* (pp. 01-12). São Paulo: Martins Fontes, 2013.

Winnicott, D. W. (1966b). A criança no grupo familiar (P. Sandler, Trad.). Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Tudo começa em casa* (pp. 123-136). São Paulo: Martins Fontes, 2016.

Winnicott, D. W. (1966c). Sobre os Elementos Masculinos e Femininos Ex-cindidos [*Split Off*]. Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 133-150). Porto Alegre: Artmed, 1994.

Winnicott, D. W. (1967). O ambiente saudável na infância (J. L. Camargo, Trad.). Em M. Davis, & R. Sheperd (Orgs.), *Os bebês e suas mães* (pp. 51-59). São Paulo: Martins Fontes, 2013.

Winnicott, D. W. (1967a). A localização da experiência cultural. Em *O brincar e a realidade* (pp. 153-165). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1967b). O lugar em que vivemos. Em *O brincar e a realidade* (pp. 166-175). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1967c). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. Em *O brincar e a realidade* (pp. 176-187). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1967d). O conceito de indivíduo saudável (P. Sandler, Trad.). Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Tudo começa em casa* (pp. 03-22). São Paulo: Martins Fontes, 2016.

Winnicott, D. W. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências (J. L. Camargo, Trad.). Em M. Davis, & R. Sheperd (Orgs.), *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes, 2013.

Winnicott, D. W. (1968a). O aprendizado infantil (P. Sandler, Trad.). Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Tudo começa em casa* (pp. 138-144). São Paulo: Martins Fontes, 2016.

Winnicott, D. W. (1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade. Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 195-202). Porto Alegre: Artmed, 1994.

Winnicott, D. W. (1969a). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. Em *O brincar e a realidade* (pp. 139-152). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1970). A dependência nos cuidados infantis (J. L. Camargo, Trad.). Em M. Davis, & R. Sheperd (Orgs.). *Os bebês e suas mães* (pp. 73-78). São Paulo: Martins Fontes, 2013.

Winnicott, D. W. (1970a). Sobre as Bases para o *Self* no Corpo. Em C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas* (pp. 203-218). Porto Alegre: Artmed, 1994.

Winnicott, D. W. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott, D. W. (1977). *The Piggie: Relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

Winnicott, D. W. (1987). Carta 40 para John Bowlby, 11/05/1954. Em *O gesto espontâneo – cartas selecionadas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

Winnicott, D. W. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Winnicott, C. (1989). D.W.W.: Uma reflexão. Em *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.