

Elsa Oliveira Dias

Sobre a confiabilidade
e outros estudos

Dive

© by DWW editorial para a edição em língua portuguesa

1ª edição digital: 2011

ISBN: 978-85-62487-09-5 (on line)

Diretores: Elsa Oliveira Dias (elsadias@uol.com.br)

Zeljko Loparic (lopaticz@uol.com.br)

Conselho editorial: Ariadne Moraes (ariadne.moraes@uol.com.br)

Caroline Vasconcelos Ribeiro (carolinevasconcelos@hotmail.com)

Conceição A. Serralha (serralhac@hotmail.com)

Eder Soares Santos (edersan@hotmail.com)

Oswaldo Giacoia Junior (ogiacoa@hotmail.com)

Róbson Ramos dos Reis (robsonramosdosreis@gmail.com)

Roseana Moraes Garcia (roseanagarcia@uol.com.br)

Vera Laurentiis (veralautentiis@terra.com.br)

Coordenação editorial: Meire Cristina Gomes (meire@sbpw.com.br)

Diagramação digital: Microart Com. Editoração Eletrônica Ltda

(<http://www.microart.com.br>).

Capa: Sandra Rosa

Revisão final: Meire Cristina Gomes (meire@sbpw.com.br)

Texto em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária

Eliana Marciela Marquetis – CRB-8 nº 3573

Dias, Elsa Oliveira.

Sobre a confiabilidade e outros estudos [recurso eletrônico] / Elsa Oliveira

Dias. – São Paulo : DWW Editorial, 2011.

v.: digital.

ISBN 978-85-62487-09-5 (on line)

1. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971. 2. Psicanálise. 3. Psicologia clínica. I. Título.

21. CDD 150.195

157.9

Índice para catálogo sistemático

Psicanálise 150.195

Psicologia clínica 157.9

DWW

DWW editorial

Rua João Ramalho, 146 – Perdizes

Sumário

Prefácio

1. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica

1. Introdução

2. A clínica winnicottiana e a teoria do amadurecimento

3. As necessidades da dependência absoluta

4. A constituição do si-mesmo e a confiabilidade ambiental

5. Ilustração clínica

6. Algumas implicações clínicas da questão da confiabilidade

Referências

2. O “brinquedo divino”: a ilusão em Winnicott

1. Introdução

2. Os sentidos de realidade e o sentimento de real (*feeling of real*)

3. A área de ilusão de onipotência

4. A cisão essencial

Referências

3. A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista

1. Introdução

2. O estado de não-integração e a psicose

3. Duas tarefas analíticas: suporte para a não-integração e aproveitamento da falha do analista na regressão à dependência

Referências

4. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento

1. Introdução

2. Pressupostos básicos da concepção winnicottiana sobre a

agressividade

3. Raízes da agressividade

3.1 A agressividade no período de dependência absoluta

3.1.1 A motilidade

3.1.2 A raiz instintual: o bebê incompadecido

3.1.3 A reação às invasões ambientais

4. Desenvolvimento da agressividade na fase de desadaptação

4.1 A destrutividade no anger: a criação da externalidade e o uso do objeto

5. A conquista da capacidade para o concernimento

Referências

5. Winnicott em Nova Iorque: um exemplo da incomunicabilidade entre paradigmas

1. Aspectos gerais do debate

2. O teor central do artigo

3. Implicações para a clínica

4. O debate

Referências

6. Da sobrevivência do analista

1. Uma questão de base

2. A tarefa terapêutica

3. O valor da sobrevivência

4. A sobrevivência da mãe

5. A sobrevivência do analista

6. O que permite ao analista sobreviver?

Referências

7. Incorporação e introjeção em Winnicott

1. Introdução

2. Rápida retrospectiva da literatura tradicional acerca dos conceitos

2.1 Incorporação, introjeção e interiorização em Freud

2.2 Incorporação, introjeção e interiorização em Melanie Klein

3. A incorporação (ou internalização) e introjeção em Winnicott

3.1 A incorporação

3.2 A introjeção

3.3 A incorporação, a introjeção e a introjeção mágica

Referências

8. A interpretação na clínica winnicottiana

1. Introdução

2. Pressupostos teóricos para o uso ou não uso da interpretação na clínica winnicottiana do amadurecimento

3. A interpretação na clínica winnicottiana do amadurecimento

3.1 A interpretação nos casos de neurose e depressão reativa

3.2 Alguns aspectos gerais a serem observados

3.3 A interpretação nos casos de psicose

4. Redescrição da tarefa interpretativa

5. Alguns cuidados e/ou cautelas com a tarefa interpretativa

6. Considerações finais

Referências

9. Ferenczi: o *affaire*, o caso clínico e o analista precursor de Winnicott

1. Introdução

2. O *affaire* Ferenczi

3. Convergências entre Ferenczi e Winnicott: críticas à psicanálise tradicional

4. Pontos não coincidentes: algumas inovações teóricas e técnicas de Ferenczi

4.1 A confusão de línguas: o trauma e a identificação com

o agressor

4.2 A análise mútua

5. O caso Ferenczi

6. Conclusões

Referências

10. Unabomber: a violência do impotente

1. Introdução

2. O Manifesto “Freedom Club: o futuro da sociedade tecnológica”

3. A recepção ao Manifesto

4. A edição francesa

5. O que vale o Manifesto de um terrorista ou o que a loucura tem a nos dizer?

6. Quem é Theodore Kaczynski?

7. Minha hipótese diagnóstica

8. Explicação das categorias diagnósticas envolvidas

Referências

Prefácio |

O atual lançamento de Elsa Oliveira Dias reúne dez artigos que possuem em comum um profundo estudo da teoria e da prática psicanalítica de D. W. Winnicott. Abrangem um período de 18 anos de pesquisa dedicados à busca de uma apreensão da teoria winnicottiana em toda a sua complexidade, bem como de suas aplicações clínicas. Nos trabalhos aqui reunidos, fica evidenciada a procura incansável da autora pela compreensão, aprofundamento e descrição minuciosa dos conceitos, além da organização dos resultados obtidos na realização dessa tarefa.

Quando nos interessamos por estudar Winnicott, deparamo-nos com várias dificuldades; uma delas é o uso que o autor faz da terminologia da psicanálise clássica com um significado todo particular. Além disso, embora seja absolutamente coerente com suas formulações teóricas, Winnicott não apresenta as suas ideias de modo linear. É só pela análise de toda sua obra, uma das mais extensas da história da psicanálise, que podemos estabelecer as conexões necessárias e preencher as eventuais lacunas do conjunto do seu pensamento.

Elsa faz precisamente isso: ela caminha por todos os textos de Winnicott em busca da riqueza que neles se encontra e, por vezes, se esconde. Seus achados impressionam pela consistência e clareza com as quais, reunindo fragmentos esparsos por toda a obra, expõe conceitos fundamentais do pensamento winnicottiano e reconstitui as partes mais importantes da mesma. A fluência da autora, seu humor vivo, sua concisão e precisão nas descrições teóricas e clínicas emprestam vivacidade adicional aos conceitos expostos, tornando a leitura agradável, e a compreensão teórica mais disponível.

A riqueza e a meticulosidade dos artigos não nos permitem salientarmos algum deles em especial. Todos fazem parte de uma sinfonia, cada qual trazendo uma contribuição específica e enriquecedora, seja no sentido de propiciar um aprofundamento na compreensão da teoria do amadurecimento pessoal, seja no esforço de ilustrar, por meio de casos clínicos, diferentes elementos dessa teoria, entre eles o de natureza humana conforme concebido por Winnicott.

O primeiro artigo, “Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica”, trata do modo como a confiabilidade ambiental (mãe suficientemente boa) participa da constituição da identidade e dos sentidos de realidade e do mundo. A partir dessa base teórica, o trabalho tece esclarecimentos sobre os processos de adoecimento – principalmente relacionados aos distúrbios psicóticos – e os processos terapêuticos adequados, uma vez que, como mostrou Winnicott, a técnica clássica é inaplicável no tratamento da esquizofrenia e quadros afins. No ambiente terapêutico, é a confiabilidade do analista e da situação analítica o que vai permitir a regressão à dependência. O artigo desenvolve de maneira clara e minuciosa as etapas que o paciente vive com o analista até que a confiabilidade permita a ele recorrer à regressão para retomada do processo de amadurecimento, interrompido pelo colapso causado pelo ambiente original. Com uma ilustração clínica, a autora mostra a aplicabilidade das teorias que estão expostas na parte teórica. É um enriquecimento imprescindível ao texto.

No artigo seguinte, “O ‘brinquedo divino’: a ilusão em Winnicott”, é estudada a “cisão essencial” comum a todo ser humano como a área de “solidão essencial” e também as cisões patológicas e suas origens, evoluções e exacerbações: as patologias que têm a “tarefa de evitar o imprevisível”. A autora indica ramificações da saúde e da doença nesse setor, sem deixar de esclarecer a importância da experiência artística. Elsa aproveita esse tema para mostrar de modo bem esclarecedor qual a função da análise e do analista com pacientes fronteiros e esquizoides, a qual difere muito da função de cuidar de neuróticos. Nesse artigo, podemos colher fundamentos importantíssimos para nosso trabalho cotidiano.

A tarefa analítica também é discutida em “A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista”. Foi este o primeiro artigo que a autora escreveu e apresentou sobre Winnicott, em 1993, no II Encontro Latino-Americano sobre o pensamento de D. W. Winnicott, cujo tema geral era os aspectos técnicos da obra winnicottiana. O trabalho, extremamente agradável de ser lido, além de ter conteúdo de peso, versa sobre dois casos clínicos de Winnicott: o paciente cuja análise é descrita no livro *Holding e interpretação* e o caso “A busca do *self*”, relatado no quarto capítulo de *O brincar e a realidade*. Encontra-se aqui uma exposição precisa, sintética e muito viva das vicissitudes do bebê rumo à

integração, com o bebê dependendo do ambiente facilitador “que reconhece, aceita, reúne e dá suporte a esse estado de não-integração, sem apressar-lhe o andamento”. A autora apresenta o problema que se coloca para o analista diante de pacientes que não contaram com esse ambiente facilitador e que, portanto, necessitam, na análise, regredir à dependência, o que é um sinal de esperança. Fica muito bem esclarecido pelo artigo que a necessidade desses pacientes não é a de recordar, mas viver certas experiências pela primeira vez.

No artigo “Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento”, a autora estuda as diferenças fundamentais das conceituações de Winnicott em relação às de Freud e Klein, no que diz respeito ao conceito de agressividade. Ela salienta as contribuições de Winnicott nas quais “a agressividade e a destrutividade humanas estão intrinsecamente relacionadas à questão da constituição do sentido da realidade externa”. O artigo, além de profundo e extenso, é sintético, no sentido de nos facilitar a união de importantes ideias de Winnicott. São desenvolvidas ideias essenciais, ligando motilidade, agressão, invasões e agressividade, verdadeiro e falso *self*, criação da realidade, culpa, responsabilidade e perseguição, o incompadecimento e outros aspectos característicos do processo de amadurecimento. Os temas vão sendo expostos e pesquisados meticulosamente: uso do objeto, capacidade de se preocupar, o amor incompadecido do bebê, responsabilidade pela destrutividade, tendências à reparação, sustentação da culpa. A possibilidade de poder contar com a presença do pai nesses momentos críticos é também ricamente discutida em suas variantes.

No quinto artigo, “Winnicott em Nova Iorque: um exemplo da incomunicabilidade entre paradigmas”, a autora apresenta um comentário crítico sobre o debate ocorrido na Sociedade Psicanalítica de Nova Iorque, por ocasião da apresentação do trabalho de Winnicott “O uso de um objeto”. Para isso, Elsa se utiliza da tese de Thomas Kuhn sobre a “dificuldade de interlocução entre adeptos de paradigmas diferentes da mesma disciplina”. De modo muito didático, ela expõe a contribuição original de Winnicott e os pontos em que suas inovações colidiram com o *establishment*, bem como as confusões conceituais que os comentadores fizeram sobre o trabalho apresentado. Ela nos fornece uma visão das possíveis

dificuldades que as inovações de Winnicott causaram nos comentadores e tece importantes considerações a respeito das incompreensões e oposições sofridas por Winnicott em Nova Iorque.

O sexto artigo: “Da sobrevivência do analista” é extremamente rico e tem algumas observações lapidares da autora, que nos apresenta o modo de compreender o significado de sobrevivência em Winnicott, principalmente relacionada às incertezas de quem cuida e, particularmente, da mãe, que tem que se adaptar às “necessidades variáveis de seu filho”. As falhas são inevitáveis e precisam ser reconhecidas. Não somente nos coloca diante da grande diversidade e das dificuldades próprias a cada situação em que a sobrevivência do analista é imprescindível, mas também nos ajuda, ao mostrar as principais diretrizes para um trabalho clínico bem-sucedido.

No artigo “Incorporação e introjeção em Winnicott”, a autora explicita, à luz da teoria do amadurecimento e da distinção entre psique-soma e mente, o significado desses conceitos e sua utilidade na compreensão das patologias primitivas, deixando claras as diferenças com a teoria psicanalítica tradicional. A autora passa em revista os conceitos em Freud, Klein e Ferenczi, comparando-os meticulosamente em seus significados particulares e chama a atenção para o fato de que a diferença entre os dois termos não estava clara nos textos iniciais de Winnicott, pois “ele usava termos mais consagrados para expressar ideias radicalmente novas”. O trabalho é uma investigação profunda, completa e coerente das funções de elaboração imaginativa e do surgimento da mente como um desdobramento do psique-soma.

Em vários de seus artigos, a autora deixa claro que “a interpretação não é mais, em Winnicott, o método por excelência que define a prática analítica”. Particularmente no trabalho “A interpretação na clínica winnicottiana”, ela se dedica à tarefa de elucidar o conceito; tarefa essa que a própria autora reconhece difícil, uma vez que Winnicott não usou o termo interpretação com as qualificações da interpretação padrão. Esse tema é ricamente discutido e a autora nos mostra a importância do diagnóstico, principalmente quanto ao uso de interpretações ou de manejo adequados. As variações clínicas são trazidas e elucidadas. Tudo enriquecido, como sempre, com exemplos clínicos muito esclarecedores. Ela parte de uma função genérica da interpretação, qualificando-a como uma “comunicação” em nível verbal com “outro ser humano”, que está

baseada em outra “silenciosa e profunda”, a da “confiabilidade”. Ela se baseia, além disso, na convicção do analista segundo a qual nem tudo é dizível; e de que existe em cada ser humano uma solidão essencial, que é sagrada e deve ser preservada. Nesse importante trabalho, a autora mostra sua capacidade de esclarecer assuntos tão importantes, além de sua generosidade com o leitor, fazendo tudo isso com dedicação e profundidade, procurando reunir os fragmentos desse tema que se espalham por toda a obra de Winnicott.

Em “Ferenczi: o *affaire*, o caso clínico e o analista precursor de Winnicott”, a autora nos traz suas pesquisas em relação aos dois autores que ousaram enfrentar o *establishment* da psicanálise, mostrando que, embora ambos tenham coincidido em muitos pontos, na crítica à psicanálise tradicional, eles, entretanto, encaminharam suas teorias e técnicas em direções diferentes. O artigo é um exercício minucioso que enriquece o pensamento psicanalítico. Na história da psicanálise, Ferenczi procurou inovar devido à sua inclinação a cuidar de casos que não seriam, naquela época, susceptíveis de serem analisados; o mesmo sucedeu com Winnicott. O trabalho de Elsa vai além dessas semelhanças; ela aprofunda o tema, tratando também dos pontos não coincidentes entre os dois autores, principalmente em relação aos modelos teóricos de ambos, bem como ao encaminhamento técnico decorrente. Nas conclusões, a autora mostra as semelhanças e diferenças entre Ferenczi e Winnicott, tornando bem evidente que a “revolução winnicottiana”, com sua teoria do amadurecimento, foi muito mais enriquecedora e efetiva do que a de seu predecessor, abrindo possibilidades de trabalho até então inexistentes.

Finalmente, em seu último artigo, a autora utiliza a psicopatologia winnicottiana para tentar entender melhor Ted Kaczynski, o Unabomber, um homem que praticou atos terroristas durante 18 anos até sua captura. A história do caso, muito ampla e interessante, é apresentada no artigo “Unabomber: a violência do impotente”. Os dados todos são minuciosamente avaliados pela autora, em termos de sua história de vida, desde a sua infância primitiva, principalmente no que se refere ao episódio de sua hospitalização aos nove meses de idade e às condições extremamente desfavoráveis em que foi afastado de sua mãe. A partir desses dados, a autora se propõe a fazer um exercício diagnóstico, usando a teoria do amadurecimento de Winnicott, de modo a entender o

que levou Ted a se transformar no Unabomber. Um exemplo é a conexão que a autora estabelece entre a revolta de Unabomber contra a tecnologia alienante e a violência que ele sofreu, ainda bebê, relacionada a ter sido “impedido de ser” e à falta de proteção para poder “viver como um si-mesmo” e “não se sentir aprisionado e sob ameaça de aniquilamento”. O texto é profundamente enriquecido pelas ligações que a autora vai acrescentando através das alternativas muito prováveis que permitem o exercício do pensar em termos winnicottianos, fazendo, do “caso Unabomber”, um mergulho em fatos do amadurecimento que podem influir em toda uma vida.

Como podemos ver, o atual lançamento da autora abarca, nesses dez artigos, uma ampla gama temática e conceitual, de fundamental importância para o conhecimento e exercício prático das formulações winnicottianas. Como pesquisadora, a autora já nos tinha dado demonstração de sua disponibilidade, clareza e generosidade em seu livro anterior *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Este novo livro de Elsa é um guia indispensável para todos os que estudam a teoria e a prática winnicottianas.

Orestes Forlenza Neto

Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica¹

1. Introdução

Confiabilidade é uma dessas palavras que falam por si. Na compreensão comum, dizemos de uma pessoa que ela é confiável quando sabemos que é possível contar com ela; quando acreditamos que fará o que prometeu ou que não fará mau uso do que lhe dissemos num momento de intimidade; ou de quem, capaz de reconhecer que alguém se encontra indefeso, não abusa nem se aproveita de um estado de fragilidade, distração ou incapacidade do outro. Na teoria winnicottiana, o significado geral da palavra confiabilidade vai na mesma direção. É preciso, contudo, examinar o sentido específico do termo no interior do processo de amadurecimento e com relação à tarefa terapêutica.

Em Winnicott, mais do que uma qualidade desejável em qualquer relação humana, a confiabilidade é a característica central do ambiente facilitador, materno e terapêutico, e está intimamente ligada à dependência, cujo protótipo é, por excelência, o estado de dependência absoluta do bebê com relação à mãe nos estágios iniciais da vida. O ponto que quero examinar, neste estudo, é a função essencial da confiabilidade durante esse período inicial. Nesse momento, a confiabilidade ambiental está diretamente implicada na constituição da identidade e dos sentidos de realidade, do si-mesmo e do mundo. É só através da experiência repetida da confiabilidade ambiental que começam a ser constituídos os fundamentos do sentido de ser, de ser real e de poder habitar num mundo real. Toda essa questão tem implicações clínicas importantes, sobretudo no que se refere ao tratamento de pacientes que usam a situação analítica para regredir à dependência, em busca de experiências primitivas de ser.

Sabemos, pela teoria do amadurecimento pessoal do indivíduo, que o estabelecimento mais consistente do si-mesmo, como um eu integrado, só se dá no estágio em que, se pudesse falar, o bebê diria EU SOU. Mas muitas conquistas se fazem necessárias até o bebê chegar aí. Em cada uma dessas etapas, a confiabilidade do ambiente é fundamental e ganha diferentes relevos.² Vou limitar-me aqui ao início do processo, ao estágio da primeira mamada teórica, em que estão sendo constituídas as bases desse processo e, a propósito desse ponto, apresentarei uma ilustração clínica.

2. A clínica winnicottiana e a teoria do amadurecimento

A clínica winnicottiana está baseada numa teoria dos distúrbios psíquicos que tem, como fundamento, a teoria do processo de amadurecimento pessoal do indivíduo. Descrevendo as tarefas e conquistas que caracterizam os vários estágios do amadurecimento saudável, sobretudo em suas etapas iniciais, essa teoria norteia o estudioso ou analista na compreensão da natureza do distúrbio com que se depara e na finalidade eminentemente clínica de fornecer os cuidados concernentes às necessidades específicas, e sempre variáveis, do paciente, no decorrer do processo terapêutico. É explícita a conexão essencial que Winnicott traça entre a teoria dos distúrbios psíquicos e a teoria do amadurecimento: “Precisamos chegar a uma teoria do amadurecimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que não nos damos por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las” (Winnicott, 1965vc/1983, p. 65).

Segundo essa teoria, todo ser humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento e à integração numa unidade. Mas, embora inata, a tendência não vai de si, como se bastasse a mera passagem do tempo. Trata-se de uma tendência e não de uma determinação. Para que a tendência venha a realizar-se, o bebê depende fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Isso é tanto mais verdadeiro quanto mais primitivo o estágio que consideramos.

Uma das principais contribuições de Winnicott ao estudo da natureza humana e de suas formas de adoecer é sua minuciosa descrição dos estágios iniciais do amadurecimento, nos quais estão sendo constituídas

as bases da personalidade e da saúde psíquica. As tarefas e conquistas do bebê, nesse momento inicial, não são de natureza instintual, mas se referem à possibilidade de tornar-se real e existir. Se o ambiente falha na sua função de facilitador no campo dessas conquistas fundamentais, há risco de psicose, uma vez que, não sendo ainda um eu, o bebê não tem como defender-se da falha ambiental sem ser aniquilado. A falha ambiental, ocorrida mais tarde, já não impede a estruturação do indivíduo e acarreta outro tipo de distúrbio.³ Desse modo, a natureza do distúrbio que aflige o indivíduo está relacionada com o estágio do amadurecimento em que este teve origem, e, portanto, com o ponto de imaturidade ou maturidade relativa em que o indivíduo se encontrava, e a natureza da tarefa com a qual estava envolvido, por ocasião do fracasso ambiental.

Os bebês que, no início, não recebem cuidados suficientemente bons, “não conseguem se realizar nem mesmo como bebês. Os genes não são suficientes” (Winnicott, 1968d/1988, p. 84). Isso significa que o processo de alcançar a vida pode falhar. Estar vivo e tornar-se real pode jamais vir a acontecer. Há bebês que, embora fisicamente saudáveis, morrem porque não encontram, desde o começo, uma base para ser, para continuarem vivos, sendo. Há outros que não necessariamente morrem: eles “são persuadidos a alimentar-se e a viver, ainda que a base para esse viver seja débil ou mesmo ausente” (1988/1990, p. 127). Nesses casos, o indivíduo cresce e, apesar de biologicamente vivo e até saudável, não alcança viver ou sentir-se vivo; permanece imaturo num sentido básico, fundamental. Essa é a questão dos psicóticos e é por isso que Winnicott afirma que suas dificuldades e problemas “não fazem parte da vida, mas sim da luta para alcançar a vida” (1988/1990, p. 100). A paciente com que vou ilustrar este artigo, e cujas dificuldades apresentam claramente aspectos esquizofrênicos, disse-me: “Ando por aí sem saber de mim. Jamais tenho certeza da direção que tomo. Sempre me espanto quando ouço as pessoas dizerem, com toda a segurança, ‘estou indo a tal lugar’. Nunca me senti real, sinto que fui indo, empurrada, pela vida, mas vejo agora que nada, jamais, fez qualquer sentido”.⁴

Uma das questões de maior relevância para a clínica winnicottiana consiste em que, numa análise com qualquer tipo de paciente, à medida que o trabalho prossegue e a confiabilidade se estabelece, a possibilidade de uma psicose, ou elementos psicóticos, aparecer nunca pode ser

excluída, em princípio. Para aqueles analistas que dizem não ter nenhum interesse em casos de psicose, Winnicott oferece a sua experiência como resposta: “Deve partir-se da base de que minha experiência é a de um psicanalista que, quer lhe agrade ou não, vê-se envolvido no tratamento de pacientes fronteirços e daqueles que talvez imprevistamente tornam-se esquizoides durante o tratamento” (1989vq/1994, p. 151).

Segundo Winnicott, a teoria concebida originalmente para a compreensão das neuroses é insuficiente para dar conta da compreensão e do tratamento das patologias psicóticas ou dos episódios de natureza psicótica que surgem no tratamento analítico. Ele é incisivo ao afirmar que “a técnica psicanalítica clássica é inaplicável no tratamento da esquizofrenia” (1964h/1994, p. 372). Numa neurose pura, se é que tal formação pode ainda ser suposta, a estrutura da personalidade está intacta e o indivíduo adoece ao lidar com as dificuldades inerentes à instintualidade no quadro das relações interpessoais. Na psicose, no entanto, o amadurecimento foi paralisado num certo momento dos estágios iniciais, em função de falhas ambientais traumáticas. Apesar de esses indivíduos se apresentarem, e de serem, muitas vezes, pessoas capazes de lidar com as exigências da realidade externa, podendo ser altamente competentes em suas profissões, chegando inclusive a ter sucesso, suas experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas que o analista terá que ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certas coisas que são simples e essenciais, e que só podem ser oferecidas pelo que se chama ambiente suficientemente bom. Essas pessoas precisam que lhes seja fornecida a oportunidade de viverem experiências primitivas, com o ambiente desta vez atendendo com sucesso, ao invés de fracassar, às necessidades específicas do momento. No caso das patologias psicóticas, se se quer chegar ao problema efetivo do paciente, a regressão à dependência é necessária. Essa afirmação está baseada numa necessidade do paciente e não da teoria, ou do que seria uma “técnica” winnicottiana.

O que dá suporte à afirmação da necessidade do paciente de regredir à dependência é o fato de ele achar-se compelido a chegar à “loucura original”, que nele habita sem ter sido experienciada. A loucura original foi o fragmento de segundo em que, quando bebê, ele perdeu momentaneamente o ser em função de uma reação à falha ambiental. Sofreu uma *agonia impensável* e, imediatamente após, houve uma

organização de defesas. A defesa operou uma cisão, isolando o “núcleo” espontâneo e sagrado do si-mesmo para que ele nunca mais voltasse a ser ferido. Ao invés de prosseguir integrando os vários aspectos do ser, em contato com as experiências da vida, o si-mesmo verdadeiro torna-se inacessível, enquanto a outra parte – a falsa identidade, com a qual o indivíduo apresenta-se ao mundo – fica aprisionada na tarefa de manter a defesa armada e impedir a repetição da experiência traumática.

Na clínica, o que aparece como doença é esse sistema defensivo, organizado contra o colapso já ocorrido. Tudo o que o indivíduo faz ou “escolhe” é orientado, sem que ele o saiba, na direção de evitar qualquer contato com a área de perigo letal. Tornando invulnerável o núcleo verdadeiro do si-mesmo, fica isolada a possibilidade de traumatismo, mas, ao mesmo tempo, a pessoa também perde o contato com suas necessidades mais básicas e passa a prescindir daquilo de que todo ser humano precisa, uma relação baseada na confiabilidade e uma comunicação pessoal e verdadeira. Qualquer proximidade, contudo, traz consigo a ameaça de invasão e aniquilação do si-mesmo e, desse modo, ele fica incólume a qualquer ajuda. A vida toda torna-se um esquema defensivo, nada é real, nenhum encontro tem consistência, não há mais nenhuma espontaneidade e não há, portanto, lugar para acontecimentos que possam ser vividos como experiências pessoais, restando apenas o sentimento de que tudo é fútil ou falso, inclusive o si-mesmo. A vida é vivida como uma permanente cilada do imprevisível da qual é preciso, sem cessar, se precaver. Atrás de todas as defesas, há uma permanente ameaça de confusão, de um colapso da falsa integração.

3. As necessidades da dependência absoluta

É a extrema imaturidade do bebê que torna graves as falhas ambientais que estão na base das patologias psicóticas. De fato, no mais primitivo dos estágios iniciais, o da primeira mamada teórica, o bebê é uma mera continuidade de ser e sua única expectativa é continuar a ser. Ele está não-integrado, não tem nenhum sentido de tempo ou de espaço e, portanto, nenhum sentido de realidade, nem do si-mesmo, nem do mundo. Ele só pode viver nesse estado em função de sua dependência absoluta da mãe e sem nenhuma consciência, seja de sua própria situação, seja das condições que lhe permitem viver nesse estado.

Embora a palavra dependência aponte imediatamente para a existência do outro, o outro não é, nesse momento inicial, nenhum objeto, no sentido clássico do termo, uma vez que o bebê não está suficientemente amadurecido para ter ou perceber objetos. A mãe não é um objeto externo, nem interno, porque o sentido da externalidade, assim como o de mundo interno, ainda não foi constituído. Do ponto de vista do bebê, diz Winnicott, “não há, nesse estágio tão primitivo, nenhum fator externo; a mãe é parte da criança” (1965n/1983, p. 59). E, no entanto, o bebê é imediatamente afetado pelo tipo de cuidados que recebe. Ou seja, os cuidados maternos participam intrinsecamente da constituição paulatina do si-mesmo do bebê.

Pela própria tendência inata ao amadurecimento, ou seja, à integração, a necessidade do bebê é chegar a existir e alcançar o sentimento de ser real e habitar num mundo real. Para dar início a essas conquistas, ele se vê envolvido com três tarefas: 1) a temporalização e a espacialização, que deve dar-se inicialmente num tempo e num espaço subjetivos; 2) o alojamento da psique no corpo; 3) o início da relação objetal que culminará, mais tarde, com a criação e o reconhecimento da existência de objetos externos. À medida que essas tarefas estão sendo realizadas, uma outra conquista está se processando: a constituição do si-mesmo enquanto identidade. Todas essas tarefas são interdependentes, portanto, uma não pode ocorrer sem a outra, mas é possível dizer que a mais básica é a da temporalização e espacialização do bebê: não há sentido de realidade – nem corpo, nem mundo, nem si-mesmo – fora de um espaço e de um tempo; não há indivíduo, se não houver uma memória de si, aquilo que mantém a identidade em meio às transformações; não há encontro de objetos se não houver um mundo onde os objetos possam ser encontrados e se não houver um si-mesmo que possa encontrá-los.

A essas tarefas do bebê, correspondem cuidados maternos específicos: à integração no espaço e no tempo corresponde o segurar (*holding*); o alojamento da psique no corpo é facilitado pelo manuseio (*handling*), que é um aspecto especializado do segurar relativo aos cuidados físicos; à relação objetal pertence, por parte da mãe, a apresentação de objetos (*object-presenting*). Ao mesmo tempo em que a mãe facilita, de forma especializada, cada uma das tarefas do bebê, o conjunto dos cuidados maternos constitui o *ambiente total*. Melhor dizendo, o modo de ser desses cuidados totais configura *um mundo* para o

bebê. A característica central do primeiro mundo onde o bebê habita é a de ser confiável. A confiabilidade materna não reside em nenhum fazer específico, mas no “como”, no modo como ela faz e providencia as coisas que são necessárias ao bebê. Mais do que qualquer fazer, são os modos de ser da mãe que estão em questão.

O principal traço da confiabilidade reside no fato de a mãe cuidar para que o bebê tenha preservada a sua continuidade de ser e, para tanto, ela o introduz e mantém na área de *ilusão de onipotência*. Isso significa que lhe é permitido habitar, durante o tempo necessário, num mundo subjetivo no qual ele exerce um controle mágico, onipotente, ou seja, as experiências acontecem no momento exato da necessidade do bebê e correspondem ao seu gesto espontâneo; o seio aparece quando a fome ou a precisão de encontrar algo aponta e desaparece quando a tensão cessa. Nesse mundo, nenhuma amostra da realidade externa se intromete, porque a mãe evita qualquer irrupção imprevisível, e incompreensível para ele, da realidade (externa para o observador) que o bebê ainda não pode abarcar na sua experiência. Se ela insiste, por exemplo, em excitá-lo quando ele já se retirou para descanso; se, ao invés de corresponder ao gesto do bebê, ela impõe a ele seu próprio gesto, a existência de algo fora de seu âmbito de onipotência aparece antes que o lactente esteja preparado para tal realidade. Isso se constitui em intrusão.

No mundo subjetivo, tudo o que chega ao bebê, o seio, um manuseio, um ruído, deve ter, para ele, o caráter de objeto subjetivo. Esses objetos são de tal natureza que não aparecem como destacados do si-mesmo do bebê e, portanto, não o surpreendem, não causam sobressaltos, chegam no momento exato e são do tamanho exato da sua capacidade para assimilá-los como parte dele. Sua forma de presença é tal que não denuncia a sua existência externa e, desse modo, não o obriga a reagir e não interrompe a sua continuidade de ser. O bebê não tem maturidade suficiente para suspeitar da existência de algo fora de seu controle.⁵

Saliento, aqui, a distinção que Winnicott faz entre mundo e objetos. Uma coisa é o *mundo* onde o bebê habita; outra, são os *objetos* que podem ser encontrados no interior desse mundo. A essa distinção correspondem as duas formas do cuidado materno: a mãe-objeto e a mãe-ambiente.⁶ A *mãe-objeto* é aquela que é alvo do amor excitado do bebê. O cuidado materno aqui reside no modo como os objetos são apresentados ao bebê e

a confiabilidade consiste na mãe apresentar o seio de tal maneira que permita ao bebê ter a experiência de criar o objeto que, na verdade, já estava lá para ser encontrado. Ao criar o seio, o bebê faz uma pequena experiência de integração momentânea que é sentida como real. O encontro “realiza” a necessidade não apenas no sentido da satisfação, mas no de tornar real a própria necessidade, o impulso, o gesto espontâneo e o algo que encontra, pois, para o si-mesmo imaturo de um bebê muito pequeno, o que ele sente como real é essa expressão de si-mesmo (cf. 1993h[1956]/1993, p. 25). Essa integração momentânea, durante os estados excitados, será descrita por Winnicott, em seus escritos mais tardios, como as primeiras experiências de identidade: o bebê é o seio que encontra. Depois da experiência de integração, o bebê como que se desmancha e volta ao estado relaxado da não-integração.

Mas, além de ser o objeto a ser encontrado, a mãe é o contexto, o mundo onde um encontro pode acontecer. O mundo do bebê é feito da totalidade dos cuidados maternos, incluídos aí os cuidados específicos relativos às três tarefas. A palavra-chave, aqui, é confiabilidade e esta significa, nesse primeiro momento, *previsibilidade*. A *mãe-ambiente* cuida para que o mundo do bebê, e ela mesma, se mantenham consistentes, regulares, monótonos, em uma palavra, *previsíveis*. Ela cuida para que não haja alterações na atmosfera do ambiente, e para que o manejo não seja brusco nem apressado; é ela, também, que preserva imperturbado o isolamento do bebê quando este se retira para descansar. Ela permanece lá, *sustentando a situação no tempo*, aguardando que ele retome uma busca qualquer. Quando o bebê desperta e faz um gesto de comunicação, lá está ela apresentando um fragmento de mundo ou um manejo que confirmam, para ele, que o mundo continua presente e vivo. É a repetição monótona e regular dessa experiência que vai criando no bebê a capacidade de confiar. Ele começa a ter um “conhecimento” do ambiente, que não é mental, mas baseado na familiaridade. Sendo-lhe assegurado a cada vez a existência de algo que espera, o bebê torna-se gradualmente capaz de reconhecer coisas e predizer acontecimentos.

A manutenção do mundo do bebê é essencial. Primeiro, porque tanto a experiência excitada do encontro com o objeto quanto o retorno à não-integração só são possíveis sobre o fundo de um mundo subjetivo, que pode ser repetidamente reencontrado, pois está assegurado pela confiabilidade materna. O bebê só pode retirar-se para descansar porque

começa a confiar, pela repetição da experiência, que o mundo continua vivo e permanece lá assim que ele precisar. Além disso, *para que o gesto espontâneo seja sentido como real, é preciso que parta de um estado de repouso.* O retorno à não-integração é a condição necessária para que, o que quer que se dê nos estados excitados, seja sentido como real e favoreça a integração num si-mesmo sentido como real. Se o que se estabelece é uma impossibilidade de descanso, o gesto já estará alienado na base.

Vejam um detalhe da confiabilidade ambiental. Winnicott diz que, no momento inicial, o bebê está elaborando a capacidade de manter as pessoas vivas em sua realidade psíquica, no mundo subjetivo. Dada a sua extrema imaturidade, ele ainda não tem, por exemplo, o sentido do que é “presença”. Não da presença deste ou daquele objeto, mas da presença enquanto tal. O bebê não sabe da existência permanente da mãe – e do mundo e das coisas que o rodeiam –, mas sente os seus efeitos e, vagarosamente criando uma memória dessa experiência, conta com isso, estabelecendo uma crença na permanência do mundo e dos objetos. Tudo isso só pode se dar na área de ilusão de onipotência e, para que a crença na realidade e na consistência da presença se instaure, é indispensável que ela seja anterior à consciência da existência externa de objetos e do mundo. A crença na realidade é condição de possibilidade para a posterior constatação intelectual da existência da realidade externa. Mas essa constatação jamais substitui a crença básica.

No entanto, há ambientes que deixam o bebê entregue a seus próprios recursos e, nesses casos, ele não pode construir a necessária crença na consistência da presença e no fato de o mundo ser encontrável. A criança pode manter viva por algum tempo a imagem da presença, mas se a ausência da mãe exceder o que a criança é capaz de sustentar, então essa imagem se esvanece e começa a morrer. A sensação é de aniquilamento, de loucura. O apagamento da memória da presença é um dos traumas específicos que aparece na etiologia das patologias psicóticas. Trata-se de uma agonia impensável. O que impede essa agonia – no caso, a de perder todo o sentido de real – é o fato de a mãe assegurar a permanência do mundo e tecer permanentemente a presença, apresentando continuamente o mundo ao bebê, em pequenas porções, no momento do gesto espontâneo.

Winnicott relata o caso de uma paciente que só podia manter viva a imagem do analista se fosse atendida três vezes por semana. Duas vezes ainda era aceitável, mas uma vez por semana não era suficiente. A imagem esmaecia. “É tão grande a sua dor de ver todos os sentimentos e todo o significado se esvaindo que ela me diz que não vale a pena, que é melhor morrer” (1968b/1989, p. 115). Do mesmo modo, a paciente que ilustrará este estudo se perguntava se valia a pena todo aquele esforço da análise. Dizia que, assim que saía da sala, tudo se desmanchava. Não ficava nada. Era imediatamente arrastada para fora de si, para o mundo. Não conseguia mais se lembrar de mim, não conseguia refazer o rosto, a figura. Tudo lhe parecia longínquo, irreal, como se não existisse.

4. A constituição do si-mesmo e a confiabilidade ambiental

A questão que agora se põe é o modo como a confiabilidade ambiental auxilia na constituição da realidade do si-mesmo, ou seja, passa a pertencer ao indivíduo como uma característica do si-mesmo. Esse ponto é claramente elucidado por Winnicott num texto sobre a comunicação pré-verbal entre mãe e bebê. Ele diz:

A capacidade que a mãe tem de ir ao encontro das necessidades em constante processo de mutação e amadurecimento deste bebê permite que sua trajetória de vida seja relativamente contínua; permite-lhe, também, vivenciar situações de não-integração ou relaxadas, a partir da confiança (*confidence*) que deposita na realidade do fato de o segurarem bem, juntamente com fases reiteradas de integração [nos momentos de excitação e encontro do objeto] que faz parte da tendência inata ao crescimento. O bebê passa, então, com muita facilidade da integração ao conforto descontraído da não-integração e o acúmulo dessas experiências torna-se um padrão e forma a base para as expectativas do bebê. *Ele passa a acreditar [believe] na confiabilidade [reliability] dos processos internos que levam à integração em uma unidade.* (1968d/1988, p. 86)

Para a questão em pauta, o ponto principal é o seguinte: *o bebê passa a acreditar na confiabilidade dos processos internos que levam à integração em uma unidade.* Através da confiabilidade ambiental, fazendo inúmeras vezes o percurso que vai da não-integração à integração, e vice-versa, estabelece-se a confiança na vigência da sua própria tendência à integração. O bebê passa a acreditar que a integração voltará a seu tempo e não precisa preocupar-se com isso. A natureza faz seu próprio trabalho. Note-se: o bebê depende inteiramente da confiabilidade da mãe, mas não sabe disso: nem da existência do ambiente e muito menos do sucesso dos

cuidados adaptativos. Para um bebê bem cuidado, não é a mãe que funciona bem, que é confiável, senão é o vigor de sua tendência à integração que fica acima de qualquer suspeita.⁷

Winnicott continua: “À medida que o amadurecimento prossegue e o bebê adquire um interior e um exterior, a confiabilidade do meio ambiente passa então a ser uma crença, uma introjeção baseada na experiência de confiabilidade (humana, e não mecanicamente perfeita)” (1968d/1988, p. 87).

O senso do real – do si-mesmo e do mundo – está diretamente ligado à confiabilidade e ao estabelecimento de uma crença; uma crença que não é nisto ou naquilo, mas em que algo é encontrável, permanece, tem vida própria, não precisa ser produzido. Winnicott mostra como a crença em... é uma base inaparente que, no entanto, dá sustentação às possibilidades humanas e está presente no mais corriqueiro cotidiano. O real encontrado através dessa crença é uma espécie de fundamento que, no entanto, não tem fundamento concreto em si mesmo. É um real que se apoia numa ilusão.

Essa crença básica só pode chegar a pertencer naturalmente ao indivíduo quando atos silenciosos de confiabilidade humana estabelecem uma comunicação muito antes que a fala signifique algo. *Através dos cuidados*, a mãe mostra ao bebê que é confiável, não por ser uma máquina, mas por saber, a cada momento, o que ele necessita. O bebê, diz Winnicott, “não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade” (1968d/1988, p. 87). A confiabilidade materna é um traço inaparente e essencial que se faz sentir em todos os cuidados e os reúne em um mundo para o bebê, sem jamais falar de si mesma: é silenciosa. E, para Winnicott, ou bem a comunicação é silenciosa e a confiabilidade está garantida, ou bem é traumática, produzindo a experiência de uma angústia impensável ou primitiva (cf. 1970b/1994, p. 201).

A confiabilidade se assenta na comunicação silenciosa, em primeiro lugar, porque os cuidados maternos não são propriamente deliberados, mas provêm “de um nível mais fundo, e não necessariamente daquela parte da mente onde há palavras para tudo” (1968f[1967]/1988, p. 53). Em cada caso, diz Winnicott, a questão consiste em alguém encontrar alguém em nível profundo, e para isto não há palavras. Além disso, se a mãe tem a necessidade de demonstrar e garantir o reconhecimento do bebê

quanto à sua própria confiabilidade, esta falhará exatamente aí: ela estará apelando para uma compreensão para a qual o bebê não tem nenhuma maturidade e não terá confiança suficiente no processo de amadurecimento em curso do bebê.⁸ Não temos nada a dizer ao nosso paciente para que ele compreenda a nós e às nossas razões. Temos apenas que possibilitar a ele viver a experiência.

Se o ambiente falha em prover o bebê de confiança na realidade de si-mesmo e do mundo, o indivíduo não alcança a capacidade de acreditar em..., de confiar. O resultado é uma desconfiança básica, uma inconsistência que torna tudo irreal. O indivíduo não pode entregar-se aos acontecimentos da vida e fica todo o tempo tomando conta do ambiente, à espreita de alguma invasão ou tomando conta do frágil si-mesmo, sempre passível de ser perdido, aniquilado. É exatamente a propósito desse ponto que gostaria de apresentar um fragmento clínico.

5. Ilustração clínica

Esta ilustração clínica visa a mostrar de que modo a ausência da crença básica impede a constituição do sentido de realidade do si-mesmo e do mundo. Visa também a refletir acerca do papel do analista nesses casos. No fundo, trata-se de dar conteúdo à afirmação de Winnicott de que, em certos casos, só nos cabe esperar e esperar e esperar. Para dar a dimensão da confiabilidade que é necessária ao trabalho terapêutico, Winnicott afirma que, no trabalho analítico, cuidamos de ser confiáveis num sentido que só podemos sustentar no espaço estrito de nosso trabalho profissional.

A paciente a que vou me referir jamais havia alcançado saúde psíquica suficiente para padecer das vicissitudes referentes às relações interpessoais. Suas dificuldades eram de tipo psicótico, mais precisamente na linha das esquizofrenias. Apresentava problemas com a constituição da sua identidade e evidências claras de que carregava consigo a memória latente de agonias impensáveis. Toda a sua vida fora orientada no sentido de evitar a repetição do colapso. Em S., podia-se observar o efeito devastador do fato de um bebê não ter sido introduzido ou mantido por tempo suficiente na área de ilusão de onipotência e não ter tido preservado o mundo subjetivo. Ela cresceu sem qualquer capacidade para a ilusão, para a crença de que a realidade é encontrável

e de que é possível uma comunicação humana e verdadeira. Ou essa capacidade era tão frágil que facilmente se quebrava no menor contato com uma realidade externa que se impusesse como tal.

S., uma mulher jovem, bonita e bem-vestida, veio me procurar dizendo que há muito tempo pensava fazer uma terapia, mas nunca tomara a iniciativa e que, agora, estava ali em função de um encontro casual com uma amiga que falara de mim. Contou algo sobre a amiga e, em meio a outras observações genéricas, como uma informação a mais, disse que sua mãe acabara de falecer. A terapia seria útil, pois havia problemas práticos a serem resolvidos e ela se sentia desorientada. Era a mais velha dos três irmãos, e apenas ela havia se disposto a cuidar da mãe em seus últimos meses. Não sabia dizer o que sentia. Tivera pena da mãe e gostaria de ter-lhe podido aliviar mais os sofrimentos, mas não podia dizer que estava arrasada. Na verdade, surpreendia-se, às vezes, dizendo a si mesma que perdera a mãe e que isso era grave. Mas a situação toda ficava envolta em um sentimento de estranheza. “O que ela *devia sentir?*”, perguntava-se.

S. falava de modo pausado, sem nenhuma entonação na voz, como que recitando um monólogo. Notava-se que estava exaurida e talvez fosse esse o único sinal de alguma realidade nela. De resto, era uma presença que se desfazia; ela estava lá e não estava; o olhar, vago, era atravessado por uma espécie de desalento. Lembro-me de que, quando saiu, nas duas primeiras vezes, tive a estranha impressão de não saber sobre o que havíamos falado. Mostrava-se passiva e desorientada com relação à vida e às pessoas. Nunca havia tido relações estáveis que a marcassem, nem campo específico de interesse ou profissão. Tinha apenas duas amigas antigas, do tempo de colégio, algumas amizades ocasionais e dedicava-se, também ocasionalmente, a atividades artesanais.

Durante algumas semanas, medindo as palavras, S. trouxe questões relacionadas à partilha dos bens, ao seu receio de não fazer o mais acertado, às dúvidas sobre o que fazer com as coisas da mãe e o descaso do pai e dos irmãos. Não confiava em ninguém a esse respeito e não sabia por onde começar. Ficava claro que, ao mesmo tempo em que queria, ou sabia que devia, tomar posse do que lhe era de direito, tinha a tendência a desfazer-se de tudo o que viera da sua mãe. Acompanhei-a com atenção e permaneci no âmbito que ela abria. A situação toda e sua evidente

imaturidade exigiam manejo: ponderamos juntas desde minúcias – havia objetos a serem divididos, alguns preciosos, outros que lembravam a infância – até imóveis dos quais ela nem sabia da existência. Dei algumas orientações precisas: insteei-a, por exemplo, a que tivesse a ajuda especializada de um advogado. Disse-lhe também que seus bens deviam ser postos a salvo e guardados para quando ela soubesse como usá-los, de modo a que lhe favorecessem a vida. Mas, por ora, era preciso começar a viver. Assinalei que ela estava apenas começando a análise e que era preciso tempo para que as coisas clareassem; ela parecia saber muito pouco ainda sobre si mesma, sobre o que queria, e qualquer decisão sobre o que fazer com a herança seria prematura. Embora fizesse aqui e ali algumas observações como essa, não aludi ao que me parecia o seu estado de total desorientação na vida nem ao fato, óbvio pra mim, de que estava aprisionada numa armação defensiva, vivendo através de uma identidade artificialmente construída. Pareceu-me necessário que ela se sentisse acompanhada, no nível em que lhe era possível, antes de eu tentar uma comunicação com algo dela mesma que ainda não estava disponível.

Houve, então, um feriado mais longo. Quando retomamos o trabalho, não fez nenhuma alusão ao intervalo e, para minha surpresa, começou a narrar exatamente as mesmas coisas que me dissera nas primeiras sessões, como se nunca tivesse estado ali. Fui completando seu relato, mencionando nomes, mostrando-lhe que guardara, sim, o que dissera. Espantava-se de eu saber essas coisas. Apontei-lhe então, simplesmente, como uma constatação, e não como se se tratasse de uma desconsideração, o fato de ela haver como que anulado os nossos encontros. Isso talvez mostrasse, disse-lhe, que era muito difícil para ela, provavelmente em função do que já vivera e sofrera, acreditar que alguém pudesse mantê-la viva dentro de si, guardando as suas coisas, assim como também lhe era difícil manter algo vivo dentro de si. Olhou-me com profunda estranheza. Disse-lhe que, apesar de se dispor a segurar tudo, inclusive a si mesma, ela necessitava, mais do que podia imaginar, sentir-se acompanhada e protegida. Havia apagado o que tínhamos vivido pois já não valia; e não valia porque, depois de ter tido uma pequena amostra de ser vista e ouvida, vira-se de novo, repentinamente, sozinha e desamparada, como tantas outras vezes em sua vida. E agora precisava, como sempre, começar novamente, sem nenhuma história.

S. ficou calada muito tempo, olhando para mim sem me ver. Depois, lentamente e em voz muito baixa, como quem toca em algo intocável, disse que sim, que fora sempre assim, que não aguentava mais, que nunca pudera contar com ninguém, que só contava consigo mesma, mas nem isso era possível, porque não sabia quem era nem o que queria. Só se sentia viva enquanto fazia algo prático e concreto. Todo o resto, dizia ela, era uma “imensa escuridão” e um permanente “sentimento de irreabilidade”. Nada fazia sentido e ela passou toda a vida como uma sonâmbula. Tentava sempre “desaparecer”, tornar-se invisível, evaporar. Fazia o que lhe mandavam, exatamente para não aparecer, e, quando a situação tornava-se insuportável, escondia-se no quarto, fingindo dormir. No entanto, havia um sobressalto impossível de apaziguar e ela tinha que permanecer horas a fio muito quieta para conseguir aplacar o tumulto interno que a assolava.

Nas sessões subsequentes, continuou a falar-me com um fio de voz, quase inaudível. Sem me dar conta, comecei, também eu, a falar-lhe em voz muito baixa e isso perdurou durante algum tempo ao longo da análise. (Anos mais tarde, nós duas chegamos a rir do fato de que nossa sessão era quase toda sussurrada, como se estivéssemos no quarto de um bebê.) Disse que a sua única lembrança consistente era a de sentir medo. Lembrava-se dos pesadelos recorrentes da meninice, do medo dos vãos escuros da sua casa da infância. Essa casa, agora ela percebia, retroativamente, parecia um cenário: havia sido toda montada por decoradores, sem nenhuma personalidade e era muito escura, pois as pesadas cortinas dificultavam a entrada da luz. Era essa a atmosfera de que sua mãe gostava. No último ano do colegial, teve uma crise de pânico que durou alguns meses e ela não sabe como sobreviveu. Seu único pensamento era como evitar ver-se assolada pelo medo agudo que a atravessava e a deixava paralisada. Naquela época, não teve coragem de falar a ninguém sobre isso, mas colava nas amigas e fazia tudo para não voltar cedo para sua casa.

Contou que sua mãe fora uma pessoa muito inteligente, mas muito perturbada; era uma mulher caótica, disruptiva e violenta. Se se irritasse durante uma refeição, podia lançar a faca a esmo sobre quem quer que fosse. Casara-se porque a vida estava tediosa e pelo fato de que o rapaz, bem colocado, resolveria a situação de insolvência financeira da família. Era inteiramente desorganizada; não tinha horário para coisa alguma,

comia ou dormia nas horas mais extravagantes. Tinha alguns momentos bons, em que ria muito e parecia uma menina. Nessas horas, podia ser afetuosa, mas, no geral, andava pela casa, absorta, como uma sombra, e não entrava em contato com nada em torno dela. Era impossível saber o que pensava ou sentia. Às vezes, passava tardes inteiras em seu quarto, olhando para o teto e arrancando fios do cabelo. Não suportava ruídos e, às vezes, quando S. brincava com sua irmã, ela descia intempestivamente do quarto aos gritos, xingando-as e mandando-as calar. Se estava presente, durante as refeições, envenenava tudo com sua ironia e amargor. O pai era um homem de negócios que ganhou muito dinheiro com transações escusas. Fazia piada de tudo e jamais conversou com os filhos sobre o que interessasse a estes. Nunca falou aos filhos sobre a mãe; ria, sem graça, das cenas de violência da mulher e se retirava deixando-os à mercê da tempestade. Esse pai tinha, no entanto, algo de meigo e materno, e S. teve sempre muita pena dele. Num momento bem mais adiantado da análise e de seu amadurecimento, acabou por sentir muita raiva dele por não a ter ajudado a entender as impossibilidades da mãe e não a ter protegido das suas irrupções.

Durante aproximadamente os primeiros seis meses, na primeira sessão após o fim de semana, S. voltava formal, distante, e falava comigo como se tivesse acabado de me conhecer. Após algum tempo, eu lhe dizia: “Percebo que a cada vez que nos afastamos você teme chegar aqui e não me encontrar tal como me conhece. Desse modo, primeiro investiga o território”. Ela sorria e assentia com a cabeça. Às vezes, eu não comentava nada; apenas continuava a falar com ela em voz muito baixa. Depois de uns dez minutos, ela relaxava e voltava ao que já tínhamos. Em alguns desses momentos formais, ela trazia perguntas sobre mim: se eu tinha filhos, em qual escola havia estudado, se gostava do meu trabalho etc. Respondia às suas indagações de forma direta e breve. Certa vez acrescentei: “Acho que você está tentando saber se sou capaz de vê-la e compreender o seu sofrimento. Quer ter alguns dados para ver se consegue aumentar a confiança. Posso perfeitamente lhe dar essas informações, mas a confiança de que você necessita não pode ser produzida por dados; é totalmente pessoal e crescerá ou não. Não há nada que possamos fazer nesse sentido, a não ser criar as condições para que ela venha a acontecer”. S. compreendeu e sorriu. Qualquer outra coisa seria uma falsa solução e, além disso, um apelo à sua mente já por demais saturada.

No que S. ia relatando, mostrava-se a extrema fragilidade do eu, que não chegou a constituir-se como realidade integrada e autônoma. Sua vida era uma perpétua defesa contra agonias impensáveis, uma das quais era vir a perder todo o sentido do real. Não tendo sido provida da ilusão básica, não tinha onde se apoiar no que se refere à vigência de suas experiências ou à permanência de suas possibilidades. De fato, tudo nela se desmanchava e estava sempre em sobressalto pela possibilidade de desfazer-se, de tornar-se irreal, sem consistência. Surpreendia-se, muitas vezes, por exemplo, com o fato de as pessoas a verem e reconhecerem. Certo dia, precisava voltar a uma loja para trocar uma peça que ela comprara no dia anterior. Foi tomada de grande sobressalto e hesitou muito. Temia que o dono simplesmente não a visse ou então que ele, mesmo vendo-a, não a reconhecesse e achasse absurdo o seu pedido. Lembrei-me da cliente de Winnicott cuja vida era um permanente esforço para estabelecer-se como uma identidade e que disse a ele: “Não seria horrível se a criança olhasse para o espelho e não visse nada?” (1967c/1975, p. 160).⁹ O sentimento de não ter presença visível aparecia também no consultório: à vezes, ela ficava em pé, na sala de espera, com medo que eu não reparasse nela. Contou-me também sobre algo que denominou de timidez: numa situação social qualquer, e mesmo conversando com alguém, ficava imediatamente sem recursos, aquém do outro, não tinha nada a dizer, via-se inadequada, malvestida, desengonçada, exposta. Fomos percebendo que a mera presença do outro a arrastava para fora e a dominava. Ela era tragada por esse olhar externo e já não sabia de si. Precisava isolar-se para resgatar algo do sentimento de si mesma.

Estava sempre lutando também, sem consciência disso, com o temor de perder todo o senso de orientação. Algumas vezes, ao sair de casa ou do consultório, tinha o sentimento de que jamais conseguiria voltar, nunca mais acharia de novo o caminho, tantas ruas a distinguir, tantas casas, como se todas as referências se apagassem. Sentia-se muitas vezes esgotada, como alguém que tenta manter algo escrito sobre a areia. Foi percebendo que não tinha propriamente uma história. Apenas alguns *flashes* aqui e ali, quase tudo coisas que lhe foram contadas, mas das quais não tinha memória da experiência. Pegava, às vezes, fotos da infância e adolescência, e ia tentando montar de novo a sequência, ordenando acontecimentos, primeiro isto, depois aquilo, mas sempre se perdia pelo caminho. Falava também do sentimento de pobreza que a acompanhava.

Objetivamente, fora educada em bons colégios, vestia-se com o que havia de melhor e frequentara clubes e lugares caros. Mesmo na época, comprava, às vezes, uma roupa de grife, mas, assim que a vestia, a roupa perdia toda a graça, ficava “caipira”. Foi mais ou menos nessa ocasião que trouxe um sonho impressionante: ela estava deitada e dava-se de mamar em seu próprio peito. Nesse dia, falou de sua indignação. Eu lhe disse que entendia, pois a pobreza, numa criança, era não ser vista e cuidada pela mãe, pela família, e que nenhuma riqueza concreta podia suprir essa falta. Ela chorou muito, pela primeira vez.

Num dado momento, era claro que uma regressão à dependência começava a se estabelecer. Ela já não empinava o corpo, como no início, e começou a andar com muito cuidado, como se temesse desfazer-se. Ao entrar para a sessão, olhava nos meus olhos, profundamente, com grande inquietação. Perscrutava se eu continuava ali, se podia recebê-la, se a reconhecia. Precisava sobretudo saber, nos meus olhos, quem era ela em mim. Passou também a reparar minuciosamente no ambiente e a apontar quando algo estava diferente ou “fora do lugar”. Queixava-se que havia muito a dizer e não ia dar tempo, que os intervalos entre as sessões eram muito longos e, em especial, que, no fim de semana, eu lhe parecia longínqua e irreal, como um sonho que se esvai. Nesses momentos, perdia o contato consigo mesma; qualquer coisa a fazer era fútil e sem sentido, e sua casa parecia-lhe inteiramente vazia. Tínhamos duas sessões na semana e eu lhe propus mais uma.

S. se assustou com o estado de dependência que começava a instalar-se. Precisava imensamente disso, estava compelida a entregar-se para vivê-lo, mas o medo era brutal. Vivera toda a vida sustentando a si mesma e era terrível, agora, abandonar, mesmo que parcialmente, a organização defensiva na qual se apoiava. Sua desconfiança, que ela tentava manter em níveis de sensatez, envolvia a questão crucial de saber, e mais do que saber, de acreditar, se havia alguma coisa real na vida, se existia alguém, consistente, real e confiável, capaz de dar sustentação ao que desse e viesse. Essa descrença na possibilidade de uma comunicação verdadeira e persistente, e em que alguém pudesse acompanhá-la ao lugar do temor e sofrimento básicos, tornaram-se sobretudo agudas em relação a mim, uma vez que eu era, agora, ao mesmo tempo, o lugar da proteção possível e o lugar de maior ameaça. Se, pela primeira vez em sua vida, como em geral ocorre com esses

pacientes, ela tivesse cuidados suficientemente bons ou mesmo se a minha adaptação às suas necessidades fosse apenas melhor do que a que recebeu no início, de qualquer modo uma falha minha no âmbito da confiabilidade seria pior do que as falhas originais, uma vez que permiti o retorno da esperança (cf. 1989b/1994, p. 129). O que S. temia, mais que tudo, era que o trauma inicial se repetisse; ou seja, que, de novo, ela esperasse por uma comunicação que não viria. Temia sentir-se outra vez um estorvo tendo que, de novo, ser um nada; que eu, repentinamente, não reconhecesse a intensidade de seu sofrimento, ou não pudesse tolerá-lo. Escondida e temendo em alto grau não ser encontrada, S. precisava que alguém, capaz de uma comunicação silenciosa e altamente confiável, testemunhasse a existência de um verdadeiro si-mesmo escondido. O perigo, de um lado, era que eu atravessasse seu muro artificial de proteção e tentasse entrar em comunicação com um eu que, como diz Winnicott, ainda não estava lá para ser encontrado. De outro, era que seu muro artificial de proteção fosse tratado como real. Isso só faria crescer seu sentimento de futilidade e desespero.

Eu, ciente da extrema precariedade de um si-mesmo que nem sequer havia nascido, empenhei-me muito para que nada de imprevisível a atingisse. Cuidei de estar sempre a mesma, o que não era difícil, pois ela me punha nesse lugar: seu modo de presença era tal que me solicitava naturalmente para o cuidado. Atentei ainda para que nada na sala fosse alterado. Mudar um horário nem pensar e, obviamente, nenhum atraso.

S. lutou muito contra a regressão e o advento de qualquer esperança. De fato, como já mencionado, a situação de dependência é arriscada e dolorosa para o paciente; traz uma sensação de precariedade que é inerente ao depender, embora não sejam essas as características normais do amadurecimento original. O risco, diz Winnicott,

não é somente que o analista possa morrer como também que ele se torne subitamente incapaz de acreditar na realidade e intensidade da angústia primitiva do paciente, do medo de desintegração ou de aniquilamento ou de queda contínua para sempre. (1965vd/1983, p. 216)

Uma regressão a estados infantis na situação clínica, esclarece ele, só adquire caráter terapêutico se os intensos sofrimentos associados à dependência puderem ser suportados. É preciso, portanto, ter em mente, diz Winnicott, que “as toscas habilidades do psicoterapeuta, se o

compararmos com a mãe real, faz com que seja inconcebível – mesmo na terapia mais cuidadosamente controlada – uma regressão à dependência vivida com prazer” (1988/1990, p. 179).

À medida que uma maior confiança foi substituindo o estado de alerta, a dependência foi se instalando. Eu fui me tornando, para S., objeto subjetivo. Era apenas na relação comigo, não destacada como pessoa separada, mas confundida com o ambiente, que ela podia fazer a experiência da realidade da presença e não se sentir arrastada pela minha presença externa, que só exigiria alerta e submissão. A partir desse lugar, era às vezes possível comunicar-me com o bebê assustado que ela trazia, para a análise, quando podia. Essa possibilidade nunca era total, uma vez que sua desconfiança a fazia lembrar-se de minha presença concreta e a impelia, imediatamente, a prevenir invasões. Mais ou menos nessa ocasião, começaram a aparecer dois tipos de sonhos recorrentes, que eram, a meu ver, a elaboração, tornada agora possível, de situações primitivas traumáticas. Em uns, ela estava andando e, repentinamente, o chão acabava. “Não era um buraco”, disse, “era o chão mesmo que acabava e não havia mais nada, apenas névoa”. Em outros sonhos, ela estava perdida e se esgueirava por beiradas estreitas e íngremes ou então por caminhos labirínticos, escuros e úmidos; alguns a levavam a cavernas pré-históricas ou lugares inóspitos, e ela tinha que atravessar rios, sempre em busca da sua casa, que não encontrava ou, às vezes, de sua cama que havia sumido. Pensei inicialmente tratar-se de sonhos de nascimento, numa espécie de elaboração do que teria sido um parto difícil ou demorado; contudo, não conseguimos nenhum dado sobre seu nascimento e, além disso, o sentimento que prevalecia nos sonhos não era aperto, angústia ou claustrofobia, mas, apontando para agonias impensáveis, o perigo sempre eminente de cair, de despencar.

A regressão foi seguindo seu próprio curso e, quando atingiu um cume, teve que ser vivida no que tinha de mais primitivo. Uma angústia persecutória começou a manifestar-se com toda a intensidade. Paradoxalmente, é apenas numa situação de confiabilidade ambiental, sentida como tal pelo paciente, que ele pode viver a desconfiança e a persecutoriedade de forma cabal. Ele precisa chegar à “loucura original” e precisa estar seguro de que o analista saberá entender e sobreviverá à sua “transferência delirante”.¹⁰ S. deitava-se no divã e, a partir de um certo momento do processo, qualquer movimento meu na poltrona, ou

uma respiração mais funda, fazia com que ela se virasse para ver o que tinha acontecido. “O que foi, está cansada? Já se encheu? Quer que eu vá embora?” Às vezes, ficava em silêncio e, depois de algum tempo, assustava-se e dizia: “O que você está resmungando?”. Eu tentava falar o menos possível, fazer intervenções breves, tomando cuidado com o tom da voz, porque qualquer modulação diferente a assustava. Mesmo assim, o que quer que eu dissesse tornava-se uma perseguição e era prontamente recusada. Também não podia ficar em silêncio, pois ela imaginava que eu havia me ausentado, chegando um dia a acusar-me de eu haver saído da sala enquanto ela falava. Houve um momento em que o estado de alerta e sobressalto foi tal que se sentou bruscamente no divã e olhou-me fixamente até que a sessão terminasse. Sentia que eu podia machucá-la a qualquer momento e precisava verificar se eu continuava lá, se era a mesma, se havia qualquer vestígio de mudança em meus olhos. Convidei-a para sentar-se, de vez, na poltrona, e prosseguimos assim durante o resto da análise.¹¹

Tudo isso se amainou com o tempo, mas era difícil para ela abandonar a desesperança, pela qual se protegia da decepção, e dispor-se à proximidade. Numa certa ocasião, houve um silêncio prolongado. De repente, ela pôs-se a falar e o que dizia não fazia nenhum sentido. Deixei-a falar e, quando silenciou novamente, perguntei-lhe o que é que quisera me dizer. Ela baixou o rosto e disse: “Não era nada mesmo. Falei qualquer coisa porque havia muita intimidade no silêncio. Falei para afastar você, para pôr uma distância entre nós”. Numa outra vez, repetiu-se o mesmo fenômeno do começo da análise: ela mencionou uma amiga pelo nome e acrescentou, como que para me esclarecer: “aquela que eu conheci de criança, com quem estive esta semana, aquela...”. Ocorre que ela havia falado dessa amiga durante toda a sessão anterior, mas não podia alimentar a ideia de que eu ainda me lembrasse. Disse-lhe, novamente, que era temeroso, para ela, abrigar a esperança de que eu guardasse o que ela me contara e se garantia contra a decepção antecipando todas as informações, exatamente como fizera logo no início da terapia. O problema é que, assim, ela ficava sem saber que era possível, sim, que eu guardasse suas coisas e as conservasse comigo. O medo talvez fosse exatamente esse: constatar que eu guardava e que podia haver esperança. Nesse dia, ela chorou muito sentida, dizendo que há muito tempo reparava que eu me recordava até de sonhos dos quais ela mesma já havia se esquecido e que tinha muito medo, muito, de acreditar nisso.

Certo dia, trouxe um sonho: ela andava por uma rua e viu uma menina bem pretinha, sozinha num canto, toda suja de barro e doce misturados, quase indistinguível no meio de cacarecos e lixo. Passou e pensou: que nojo. Depois parou, lembrou que essa era a expressão preferida de sua mãe, voltou e pegou a menina com toda a energia e disse: o que ela precisa é de um bom banho, de alguém que cuide dela e a deixe ser uma menina. Riu e disse: “Agora sei do que preciso: de alguém que cuide de mim e me ponha para viver”. E, então, rindo, disse, numa fala já modulada pela análise: “Bem, eu já sei como você diria: que eu preciso de alguém que me veja através de toda a minha inexistência e que continue me vendo mesmo quando eu mesma me perco de mim. E que, quando eu olho, está ali do mesmo jeito, sem se transformar”. Sem saber, ela me dava, tal como Winnicott, o roteiro central de meu lugar de analista:

O vislumbre do bebê e da criança vendo o eu (si-mesmo) no rosto da mãe e, posteriormente, num espelho, proporcionam um modo de olhar a análise e a tarefa terapêutica. Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se eu o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio si-mesmo e será capaz de existir e sentir-se real. (1967c/1975, p. 161)

Um dia, passados bem uns quatro anos de análise, disse-me: “Eu ainda, às vezes, perco tudo. Nos fins de semana, o tempo se alarga, torna-se infinito e tudo fica irreal. Falando com você volto a mim. Mas nem sempre consigo. Imediatamente uma dúvida atravessa tudo e já não sei nada nem o que estou fazendo aqui. Se algo me tumultua, como no outro dia em que falei com meu pai, penso que nem adianta vir. Fica apenas o tumulto e não consigo nenhuma comunicação”. Respondi: “Sim, posso entender. Mas, vindo, uma outra coisa importante acontece. Você fica sabendo que, mesmo que não consiga contato, as condições para o contato estão asseguradas, seu lugar está aqui, guardado, quer você possa usá-lo ou não”.¹²

S. necessitou, sim, de modo absoluto, que eu a acompanhasse por todos os avanços e regressões de um processo de amadurecimento reiniciado, sem me assustar ou me sentir pessoalmente atingida pela sua “loucura”, sobrevivendo e cuidando de mim mesma e do *setting* de modo a deixar-lhe livres e protegidos os caminhos de constituição de si mesma

de que necessitava. Era essencial que eu entendesse o que estava se passando, e permitisse que o amadurecimento tivesse seu curso, de modo a não apressar o processo com uma “urgência psiquiátrica” de curá-la (cf. 1989vk[1965]/1994, p. 99), tendo sempre em mente que sua “loucura” não era tanto a enfermidade, mas o primeiro passo na direção da saúde. O fato de eu acompanhá-la de perto em seus estados de ânimo, de não interpretar cada coisa, o que seria falar sobre ela, mas não com ela, de sobreviver ao seu desânimo e à desconfiança foi da maior importância. Ela precisava de alguém que a deixasse acontecer como pessoa; que permanecesse ali com a mesma atitude quando a loucura, primeiro, e a raiva, depois, tomassem conta da cena. Mas, simultaneamente, uma outra coisa essencial, silenciosa, estava ocorrendo e sendo constituída, e isto diz respeito à mãe-ambiente: a crença num mundo previsível, sempre passível de ser reencontrado.

Depois de muito caminho andado e num momento em que S., mais integrada num eu, vivia agora um outro tipo de persecutoriedade – ou seja, sofria com os perigos que acompanham a integração num eu –, cometi uma falha de modo que, durante algum tempo, tivemos que retornar a padrões antigos de dependência. Ela havia conhecido um rapaz por quem, pela primeira vez na vida, se interessou vivamente, tecendo inclusive projetos de futuro, e que parecia gostar muito dela. Vários dados induziam a se pensar que ele era bastante estável emocionalmente; a relação ia indo bem e tudo levava a que pudesse haver um compromisso mais sério. Num dado momento, ele precisou viajar a serviço, para fora do país, por uns dez dias, e convidou-a. Ela mostrou-se entusiasmada e, inadvertidamente, também eu, entusiasmada com a possibilidade que se abria, manifestei aprovação. A viagem aconteceu e foi boa em muitos sentidos. Ela, no entanto, sentiu-se muito pequena e despreparada, perdendo o contato consigo mesma. Voltou desfeita, magoada primeiro e furiosa em seguida por eu tê-la deixado ir, sobrestimando a sua capacidade maturacional. “Você queria livrar-se de mim; estava louca para livrar-se de mim”, dizia ela.

É difícil para o analista, depois de ter se aplicado muito num caso, cometer um erro que causa sofrimento ao paciente e põe várias conquistas a perder. Mesmo sabendo que, sobretudo em pacientes com esse tipo de problemática, são exatamente as falhas do analista os momentos de maior valia terapêutica, ainda assim se pensa que o erro

talvez pudesse ter sido evitado. Tive algum consolo quando li, numa carta de Winnicott, que ele reconhecia ter a tendência a “comportar-se mal” nesse estágio em que a dependência se torna relativa. “É tão grande o alívio que sobrevém”, diz ele, “quando não é mais preciso ser tão artificialmente adaptativo, bem para além do que se faria na vida particular, que começo a morder a isca que o paciente oferece e me vejo falando de assuntos gerais e agindo como se o paciente houvesse repentinamente ficado bom” (1987b/1990, p. 158).

Não me defendi em nenhum momento e disse-lhe que, de fato, eu devia ter percebido que ela ainda era muito pequena para sair assim pelo mundo. Disse-lhe também que eu entendia que estivesse tão furiosa comigo, pois esse abandono que tinha sentido a remetia a todos os abandonos que foram vividos ao longo da vida, mas que só agora, estando eu ali para escutar, ela podia queixar-se e ter muita raiva de todos eles.

6. Algumas implicações clínicas da questão da confiabilidade

Como o protótipo do analista, na clínica winnicottiana, é a mãe suficientemente boa, será útil examinarmos o que a faz confiável. A confiabilidade materna, nos estágios de dependência absoluta, está relacionada a dois atributos conjugados da mãe: 1) a sua capacidade de, identificando-se com o bebê ou a criança, adaptar-se de modo absoluto às suas necessidades e 2) a capacidade de permanecer adulta e poder devotar-se ao bebê. A confiabilidade da mãe depende de que essas duas capacidades operem juntas.¹³

A capacidade da mãe de identificar-se com o bebê deve-se ao estado natural regredido de “preocupação materna primária”, que lhe permite saber, a cada momento, o que o bebê necessita. Essa capacidade não tem nada a ver com inteligência nem advém de algum conhecimento obtido em cursos ou livros: vem da sua saúde ou relativa saúde emocional, de sua própria experiência de ter sido um bebê, de ter sido cuidada de algum modo, de estar viva e ter imaginação. Se a mãe é do tipo que teme a regressão e não é capaz de pôr-se no lugar do bebê, ela tenderá a cuidar dele por via de conhecimentos intelectualmente adquiridos. Ela poderá prover o bebê de algumas coisas básicas, mas não entrará em comunicação com ele e não saberá o que de fato ele necessita num dado

momento. Ela cuidará de seu bebê “como se cuida de bebês” e essa generalização tornará seu cuidado impessoal. Esse é tipicamente o caso da mãe que faz, mas não é.

Ora, o mesmo vale para o analista. Sendo humano, ele já sentiu na pele o que é desamparo e o que é ser cuidado; é, sobretudo, a sua sensibilidade pessoal que o guia na compreensão das necessidades do paciente. O analista, contudo, não tem o benefício natural da preocupação materna primária além de não ter, como a mãe, vinte e quatro horas por dia para estar e conhecer o bebê. Pela sua tarefa, pelas condições especiais e especializadas que pode oferecer, talvez consiga fazer melhor do que fez a própria mãe do paciente, mas é preciso alguma humildade para saber, com Winnicott, que as habilidades do analista são toscas se comparadas com as da mãe suficientemente boa. Além disso, embora seja o paciente quem constantemente ensina o analista, que é capaz de aprender, sobre suas próprias necessidades, este, assinala Winnicott, “deveria conhecer teoricamente os aspectos referentes aos traços mais profundos e centrais da personalidade, pois, do contrário, não poderá reconhecer as novas exigências impostas à sua compreensão e técnica, e fazer-lhes frente” (1971va[1966]/1994, p. 134). Ademais, quando lidamos com pacientes que regridem à dependência e estes, em busca da cura, enlouquecem cada vez mais, é preciso alguma compreensão do que está se passando para poder suportar as tensões que são pertinentes a essa tarefa. Por tudo isso, em seu trabalho especializado, o analista deve poder contar com a orientação que lhe vem da teoria do amadurecimento pessoal. Mas, seguindo a crítica que Winnicott faz ao uso da interpretação na psicanálise tradicional, a teoria não deve ser um instrumento que se interpõe entre o analista e o paciente; ela não existe para ser aplicada, mas tão somente para iluminar o fenômeno e ajudar a vê-lo. É exemplar o modo como Winnicott descreve a participação da teoria em seu trabalho clínico: “A única companhia que tenho, ao explorar o território desconhecido de um novo caso, é a teoria que levo comigo e *que se tem tornado parte de mim e em relação à qual sequer tenho que pensar de maneira deliberada*” (1971b/1984, p. 6; os itálicos são meus).

Além de pôr-se na pele do bebê, é preciso também que a mãe permaneça adulta para poder cuidar dele de forma confiável. O bebê precisa de uma mãe capaz de acreditar que ele é um processo de

amadurecimento em curso e que, portanto, não é ela, nem o seu controle da situação, que darão vida a ele. Sua importância limita-se à função de facilitadora de um processo de amadurecimento que pertence ao bebê. A mãe é mera parteira da natureza humana. Seu cuidado é confiável na medida em que, usando toda a sua personalidade para cuidar do bebê, não põe a sua pessoa, enquanto subjetividade, no centro da cena.

Pela capacidade de ultrapassar suas próprias necessidades, os cuidados maternos são orientados pelas necessidades do bebê e não pelas necessidades da mãe, mesmo que se trate da necessidade de ser boa, ou muito boa. Muitas vezes, o cuidado que a mãe fornece excede a necessidade do bebê e este se vê compelido a ter aquelas necessidades que a mãe quer suprir. Quem cuida de quem? – essa é a questão. Se a mãe é confiável, ela: 1) previne fatos imprevisíveis: cuida para que o ambiente permaneça regular, monótono, consistente, previsível enfim, permanecendo consistentemente ela mesma, segurando a situação no tempo, diante das inúmeras variações do bebê. 2) Abdica, portanto, de ser criativa quando isto interfere na regularidade dos cuidados e contenta-se em ser monótona e repetitiva deixando que o bebê exerça a criatividade. É claro que é preciso um bocado de criatividade cotidiana para proteger o bebê do imprevisível, mas essa criatividade deve ser exercida nos “bastidores” e não deve, de modo algum, sobrepor-se ou antecipar-se à do bebê. 3) Lida com este como o ser humano que ele já é, mas tendo sempre em mente que ele ainda não é um eu. O bebê não sabe nada acerca da existência da mãe, do mundo ou dele mesmo e, no entanto, é imediatamente afetado por qualquer variação do ambiente. 4) Jamais deixa de ter presente a extrema imaturidade do bebê e seu estado de dependência absoluta; de modo que não requisita do bebê mais do que ele pode dar em termos de amadurecimento; não apela, por exemplo, para sua compreensão em termos mentais. Ao contrário, ela o vê sempre como um ser que está permanentemente à beira de sofrer uma agonia impensável. 5) Sabe que o bebê não tem nenhuma consciência da existência do ambiente e muito menos do sucesso da adaptação da mãe, de modo que ela não tem nenhuma expectativa quanto ao reconhecimento do trabalho que ele dá. 6) Não apressa o processo do bebê e não impede o retorno a estágios já ultrapassados quando essa é a sua necessidade.

É muito difícil, sobretudo em pacientes adultos, mantermos firme a ideia de que há, ali, um bebê a ser cuidado. É verdade que o paciente só é capaz de regredir à dependência porque alguma estrutura de eu permite-lhe tolerar a regressão. Há, sem dúvida, uma parte um pouco mais desenvolvida junto à parte doente de sua personalidade. Mas, adverte Winnicott, a porção enferma é tão enferma quanto possível e é com a parte enferma que o analista trata. O analista não pode, de modo algum, descuidar da adaptação às necessidades pelo fato de saber que o paciente tem uma parte mais sadia.

Quando digo a S. que não há nada a fazer em termos de aumentar a confiança a não ser criar as condições para que a confiança brote, estou dizendo a mim mesma que a única coisa a ser feita é, silenciosamente, dia após dia, estar lá, no horário previsto, “viva e respirando”, com aproximadamente a mesma disponibilidade, ou seja, sem que nenhuma mudança no ambiente ou em meu estado de ânimo a surpreenda, obrigando-a a reagir. Não basta exercer bem a função de mãe-objeto e tentar acompanhá-la em suas idas e vindas. O que de principal tento propiciar é aquilo que silenciosamente permanece e se mantém: um mundo, um lugar confiável e seguro onde o bebê possa crescer.

Creio que é a essa questão que Winnicott se refere quando diz que, em certos casos, só nos resta esperar, esperar e esperar. Naturalmente, há uma qualidade nessa espera e uma delas é não tentar “curar” o paciente. Se for esse o intuito do analista, o paciente saberá imediatamente que tememos o seu estado e não o seguramos do modo como ele está. O inadmissível, em termos da confiabilidade, é não trair o pacto silencioso da dependência: permitimos ao paciente que ele mostre a sua imaturidade e, de repente, flagramos a dependência ao modo de uma infantilidade a ser superada. Ou, no momento em que o bebê do paciente aparece para mostrar a dor e o medo, falamos com o adulto que ali está a nossa frente, apontando para dados da realidade. O nome disso, para o paciente, é traição.

Mesmo que o analista cuide para que a confiabilidade ambiental não falhe, ele falhará, sim, pelo mero fato de sua humanidade. A confiabilidade é humana e não mecanicamente perfeita. A perfeição pertence ao domínio das máquinas. Confiabilidade não significa ser imune ao erro; ao contrário, exatamente porque falível, a pessoa humana pode então ser confiável. O fato é que mães e analistas permanentemente

falham em sua adaptação às necessidades do bebê ou paciente. O problema não é esse. O problema consiste no reconhecimento e atitude do ambiente diante da falha. Na verdade, o bebê ou paciente precisa de nossos erros (desde que, naturalmente, não sejam erros grosseiros que envolvam decepções insuperáveis). Por que nossos erros podem ser úteis no contexto de análise?

Em primeiro lugar porque, quando as falhas são ocasionais e não chegam a constituir um padrão e a mãe ou analista estão genuinamente preocupados com o indivíduo, elas são corrigidas e, nesse caso, a par do trauma relativo, algo de muito importante acontece. As falhas às quais se dá uma solução imediata acabam sendo comunicadas e é desse modo que o bebê ou paciente acaba tomando conhecimento do sucesso da adaptação. Segundo Winnicott, a primeira organização do si-mesmo é silenciosa e “deriva da experiência de ameaças de aniquilação que não chegam a se cumprir, e das quais, repetidamente, o bebê se recupera” (1958n/2000, pp. 403-404).

A essa formulação (cf. 1993h[1956]/1993) vem juntar-se um outro argumento, mais tardio, relativo à teoria das psicoses e das agonias impensáveis que habitam o indivíduo. As agonias impensáveis não podem pertencer ao passado a menos que possam ser experienciadas pela primeira vez no presente. Essa é a razão que fundamenta a necessidade de regressão à dependência, de um retorno a um momento anterior ao colapso ou, como diz Winnicott, anterior à perda da esperança. A necessidade específica do paciente é que, desta vez, a falha aconteça - e ela sempre acontece -, mas possa agora ser experienciada, pela primeira vez, e percebida, com a ajuda do analista, como *falha do ambiente*. Isso só pode acontecer em condições especiais como as de um *setting* analítico no qual, em virtude de se ter construído um alto grau de confiabilidade, o paciente se permite, com o suporte do analista, a loucura que só é permitida aos bebês.¹⁴

Podem se passar anos até que o paciente se aproprie da confiabilidade ambiental como sendo um traço do si-mesmo; até que se instaure, nele, o sentimento de previsibilidade; até que ele se torne seguro da realidade e da consistência do si-mesmo, ao mesmo tempo em que se torna capaz de confiar na existência e permanência do mundo.

Às vezes, a espera produz alguns resultados:

– “Saio daqui mais forte, mas, depois, é como uma criança que vai longe, não vê mais a mãe e precisa voltar para saber quem é e onde está. Esse processo é muito lento e as dúvidas voltam sempre. Mas eu agora, às vezes, quando sinto tudo mais real, falo com você, no meu quarto. Fico ensaiando de ligar pra você e te dizer umas verdades, dizer que não venho mais, que não preciso de você, que você está velha, ultrapassada e é boba. Faço isso na imaginação, como um treino. Depois, passa a raiva e eu acho graça. É como criança. Não pensei que seria capaz de contar isso a você. Às vezes, chego a pensar que vai ter um dia em que vou ficar muito brava mesmo e sou capaz de te xingar na cara.”

– “Sim, eu sei. Quando você crescer mais um pouquinho, ficará cada vez mais exigente e brava comigo. E reclamará das coisas que não tem. Mas creio que é assim mesmo, é desse modo que uma criança comunica à mãe o que lhe faz falta. Mas isso depende, naturalmente, de a criança acreditar que a mãe a escutará, que não ficará exasperada e não a humilhará por isso.”

– “Sim, tudo depende da crença e eu sei que ainda não tenho crença. No domingo, eu estava completamente desorientada e fiquei um tempo no meu quarto, sentada e dizia: Aquela tonta pensa que me engana. Se soubesse de fato o que eu passo, não me largaria aqui, deste jeito. (ri) Exatamente como a criança que espera a mãe.”

– “Claro, exatamente como criança. Você pode, agora, se queixar de um modo que nunca pôde antes, quando era de fato uma criança. Você nunca pôde dizer a sua mãe o quanto precisava dela.”

– “Ah, não, ela não escutaria e, se escutasse, não suportaria. Ela nunca nos viu. Tinha uma amargura que tomava conta de tudo e nós, os filhos, éramos um peso a mais em sua vida.”

– “Para não ser um peso, um estorvo, para escapar do horror de não ser vista, você fez tudo para não existir, para tornar-se um nada, algo inconsistente que mal aparece. Tentou ainda fazer-se autossuficiente para nunca mais precisar de alguém. Como não havia esperança nenhuma de que a escutassem, você perdeu muito cedo contato com sua necessidade. É como se não precisasse de nada.”

– “É, mas agora pode ser que eu precise cada vez mais. Pode ser que eu fique cada vez mais exigente.”

Referências¹⁵

- Dias, E. O. (1997). A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista. In J. Outeiral & S. Abadi (Orgs.), *Donald Winnicott na América Latina*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Pessanha, J. G. (1999). *Sabedoria do nunca*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971a. Título original: *Playing and Reality*)
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967c)
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965b. Título original: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*)
- Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958g)
- Winnicott, D. W. (1983). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965vd)
- Winnicott, D. W. (1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965n)
- Winnicott, D. W. (1983). Provisão para a criança na saúde e na crise. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965vc)
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971b. Título original: *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*)
- Winnicott, D. W. (1987). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984a. Título original: *Deprivation and Delinquency*)
- Winnicott, D. W. (1987). Variedades de psicoterapia. In D. Winnicott (1987/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984i[1961])

- Winnicott, D. W. (1988). O ambiente saudável na infância. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968f[1967])
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987a. Título original: Babies and Their Mothers)
- Winnicott, D. W. (1988). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968d)
- Winnicott, D. W. (1989). O aprendizado infantil. In D. Winnicott (1989/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968b)
- Winnicott, D. W. (1990). *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987b. Título original: Selected Letters of D. W. Winnicott)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988. Título original: Human Nature)
- Winnicott, D. W. (1993). *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993a. Título original: Talking to Parents)
- Winnicott, D. W. (1993). O que sabemos a respeito de bebês que chupam pano?. In D. Winnicott(1993/1993a), *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993h[1956])
- Winnicott, D. W. (1994). Ausência e presença de um sentimento de culpa ilustradas em duas pacientes. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989b)
- Winnicott, D. W. (1994). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965f)
- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989d[1965])

- Winnicott, D. W. (1994). Os elementos masculinos e femininos cindidos encontrados em homens e mulheres. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1971va[1966])
- Winnicott, D. W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1970b)
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989a. Título original: Psychoanalytic Explorations)
- Winnicott, D. W. (1994). O pensar e a formação de símbolos. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vq)
- Winnicott, D. W. (1994). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989vk[1965])
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *Memories, Dreams, Reflections* (C. J. Jung). In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1964h)
- Winnicott, D. W. (2000). Formas clínicas da transferência. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956a)
- Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psique-soma. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954a[1949])
- Winnicott, D. W. (2000). Preocupação materna primária. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958n)
- Winnicott, D. W. (2000). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (Davy Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958a. Título original: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*)
1. Este texto, originalmente publicado na revista *Natureza humana*, vol. 1, n. 2, 1999, foi corrigido e revisado para a presente edição.

- 2 . No estágio em que o bebê passa da dependência absoluta para a dependência relativa da mãe, por exemplo, a questão da confiabilidade ambiental torna-se crucial. Caberá à mãe falhar ao bebê sem, no entanto, falhar na confiabilidade. Esse tema, da maior importância, não será tratado neste artigo.
- 3 . Isso não significa que, mesmo tendo tido um bom começo, o indivíduo, mais tarde, sendo exposto a uma situação traumática, para além da sua capacidade de suportá-la naquele momento, não possa desenvolver uma psicose. De qualquer modo, esta será diferente das psicoses que se desenvolvem nos momentos iniciais da vida, anteriores à integração num eu unitário. Uma coisa é não ter alcançado uma conquista do amadurecimento. Outra coisa é perdê-la.
- 4 . Circunscrevendo a realidade ao princípio de realidade, oposto ao princípio do prazer, a psicanálise tradicional não chegou a considerar a necessidade que todo indivíduo tem de sentir-se real (*feeling of real*) e de alcançar o sentido de realidade (*sense of real*). Em Winnicott, o primeiro sentido de realidade é o do mundo subjetivo; é apenas quando este pode ser experimentado, no início da vida, que o sentido da externalidade do mundo compartilhado pode, mais tarde, fornecer ao indivíduo o senso de ser real. Sentir-se real implica ser capaz de relacionar-se com o mundo objetivamente percebido sem perder a criatividade originária. Desse modo, mesmo o sentido da realidade objetivamente percebida difere, em parte, do que se chama, na psicanálise freudiana, de princípio de realidade. Em várias passagens de sua obra, Winnicott assinala essa crucial diferença. Num texto escrito em 1961, ele diz que, enquanto o sentido do real depende de a espontaneidade e a criatividade originária serem preservadas na área de ilusão de onipotência, o princípio de realidade é o “arqui-inimigo da espontaneidade, criatividade e do sentido de Real” (1984i[1961]/1987, p. 241).
- 5 . Parece-me plausível pensar que, quando M. Klein fala de objetos maus e persecutórios, e Bion refere-se aos objetos bizarros, eles estão se referindo ao fenômeno que corresponde, em Winnicott, à irrupção de uma amostra da realidade externa para cujo sentido o bebê ainda não está preparado. Na teoria winnicottiana, o que traumatiza o bebê não é algo que possa ser valorado como bom ou mau no sentido configurado por Klein, por exemplo. Uma amamentação instintualmente satisfatória pode violar e traumatizar o bebê, se for realizada de forma impessoal ou se for extemporânea à sua necessidade. Manifestações primitivas de persecutoriedade, por precoces que sejam, não podem ser simplesmente debitadas na conta de uma destrutividade inata, relativa à pulsão de morte, ou à lei de talião, sem levar em conta o comportamento do ambiente; elas podem ocorrer se o mundo e os objetos não foram apresentados ao bebê de modo a que este pudesse criá-los, invadindo o seu mundo antes de ele estar preparado para abarcar o sentido de externalidade.

- 6 . Haver “duas” mães não se deve a que a mãe tenha sido cindida pela destrutividade do bebê. O que ocorre é que ela ainda não foi, nos primeiros estágios, integrada numa só.
- 7 . Um bebê que não sente segurança ambiental toma para si, por via de um funcionamento mental precocemente ativado, os encargos que são da natureza e da mãe. Cf. Winnicott 1954a[1949]/2000. Num texto de 1958, Winnicott diz que, embora muitas vezes, a falta de tensão possa produzir ansiedade, “a integração da personalidade no sentido do tempo permite esperar pelo retorno natural da tensão do id” (1958g/1983, p. 33).
- 8 . Contando a sua experiência terapêutica com um garoto de 15 anos (que havia perdido o pai aos 11 anos e reagia tardiamente à perda), Winnicott diz que, na primeira entrevista, muito trabalho significativo foi realizado através do jogo de rabiscos. Depois de duas horas, afirma Winnicott, “nós dois já tínhamos bastante. Provavelmente, ambos sabíamos que muito ficava por fazer, mas *nenhum disse nada ao outro*. Isto teve o efeito de Patrick adquirir confiança em mim [...]” (1965f/1994, p. 271; os itálicos são meus). Ou seja, se a comunicação havia sido realizada, não era preciso desmerecê-la, garantindo tudo em palavras.
- 9 . O mesmo acontece com o personagem Z, do conto “Deslocamento” de Juliano Pessanha. Perambulando, informe, num aquém da existência, ele diz , num certo momento, que “sua esperança era a de atingir uma tal realidade que não apenas um pedestre se desviasse do seu corpo na agitação de uma calçada mas que alguém o sentisse mesmo quando ele estivesse parado dentro de alguma sala” (Pessanha, 1999, p. 25).
- 10 . Segundo Winnicott, foi Margaret Little, analista da Sociedade Britânica de Psicanálise e sua paciente, quem lhe sugeriu essa expressão. Ele a usa para nomear o modo pelo qual o paciente organiza a situação na relação analítica de maneira a chegar, ao menos de modo aproximado, à “loucura original”. Cf. Winnicott, 1989vk[1965]/1994, p. 98 e 1989d[1965]/1994, p. 106.
- 11 . Se há confiabilidade, os pacientes insistem até que o analista compreenda a sua necessidade. Levei tempo para entender que era essencial para S. olhar-me diretamente nos olhos, ver-se e ser vista por mim. Depois disso, sobretudo com pacientes que necessitam regredir à dependência, nunca mais usei o divã, pois me dei conta que, além da necessidade de se verem em nós e de serem vistos, se sou capaz, pela confiabilidade, de tornar-me objeto subjetivo para os pacientes, eles não precisam deitar-se no divã para experimentar a área de ilusão de onipotência. Em geral, são pessoas mais amadurecidas que gostam do divã; elas querem deitar-se com a finalidade de relaxar e de se perderem melhor em suas fantasias.
- 12 . No extremo de um caso fronteiro, diz Winnicott, “tudo se reduz, no final, ao que tentei descrever como a sobrevivência do analista; só que podem se passar anos até que o paciente se torne confiante o suficiente quanto à transferência para ser capaz de correr o risco de um relacionamento, no qual o analista está absolutamente desprotegido” (1987b/1990, p.157). Em outro

texto, ele esclarece o que ocorre quanto o analista é defendido: “Se ele [analista] se defende, o paciente perde a chance de zangar-se com uma falha passada justamente no momento em que a raiva tornou-se possível pela primeira vez” (1956a/2000, p. 397).

13. Se estivéssemos examinando também os estágios em que a dependência se torna relativa, teríamos que falar da capacidade da mãe em separar-se gradualmente do bebê à medida que esta for a exigência da tendência maturacional.
14. Para maiores detalhes sobre a questão da falha do analista, cf. Dias, E. O. 1997 “A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista”, reeditado neste livro, pp. 69-87.
15. A citação das obras de Winnicott neste e nos demais artigos deste livro, inclusive as que se encontram no corpo do texto, segue a bibliografia compilada pelo Prof. Dr. Knud Hjulmand, do Departamento de Psicologia da Universidade de Copenhague, cujo critério é o ano da primeira publicação do artigo ou do livro do autor. No corpo do texto, após a menção do ano de publicação, no original, cito a página em que citação pode ser encontrada nas edições brasileiras. A bibliografia feita pelo Prof. Dr. Hjulmand foi reproduzida em *Natureza humana* – Revista de Filosofia e Psicanálise, vol. 1, n. 2, 1999. Consta, também, no seguinte endereço da Internet: www.winnicottnaturezahumana.com.br. Sempre que possível, comparei as traduções brasileiras com os originais e, quando necessário, procedi a correções que, entretanto, não foram explicitamente indicadas.

*image
not
available*

É, portanto, por sua adaptação absoluta às necessidades do bebê que a mãe realiza o que talvez seja a sua mais importante tarefa: a de introduzir o bebê na *ilusão* de que é ele o criador o mundo de que necessita. Pela experiência contínua da confiabilidade ambiental, que protege a continuidade de ser da criança e preserva o mundo subjetivo em que ela habita, a ilusão de onipotência do início perde gradualmente o teor *onipotente*, característico da fase de dependência absoluta, e se transforma, aos poucos, numa crença. Referindo-se, por exemplo, à etapa em que o bebê alcança uma identidade unitária, Winnicott afirma que “o bebê adquire um interior e um exterior; a confiabilidade do meio ambiente passa então a ser uma crença, uma introjeção baseada na experiência de confiabilidade (humana e não mecanicamente perfeita)” (1968d/1988, p. 86). De que crença se trata? Não de uma crença nisto ou naquilo, mas na capacidade de acreditar em... “Eu me apego a essa frase feia”, diz Winnicott, “incompleta, acreditar em...” (1963d/1988, p. 89). A frase, naturalmente, tende a ser completada com o tempo, mas o processo de completá-la é secundário, pois o que importa, e do que todo o resto depende, é daquilo que está na base, a simples capacidade de acreditar em... Bem mais tarde, esse bebê, que recebeu as condições necessárias para começar a existir como pessoa real, crescerá e saberá “quão precário era tudo!” (1988/1990, p. 179).

O atendimento de bebês e suas mães, e o estudo – mediante observação e cuidado, no *setting* analítico – das várias formas de impossibilidade de viver dos psicóticos, mostraram a Winnicott que é através dessa crença fundamental que o homem comum e saudável se sente real, habita num mundo real e pode relacionar-se com a realidade externa, sem perda do sentido pessoal da existência.

Se a dificuldade, nas psicoses, é o contato com a realidade, isto se deve não a uma denegação ou rompimento com uma certa porção intolerável da realidade – o que seria dar por suposto que a realidade enquanto tal teria sido encontrada, e depois amputada pela censura –, mas exatamente à falta da experiência de ilusão de onipotência. É esta que fornece as bases para a capacidade de relacionar-se com a realidade objetivamente percebida, sem ser por ela aniquilado. Deparamo-nos, aqui, com a ideia – insólita eu diria, ao menos no que se refere à

*image
not
available*

Winnicott explicita esse ponto quando, descrevendo as conquistas iniciais, alude “aos passos iniciais do bebê nas relações objetais que *levam à capacidade de adotar objetos simbólicos e à existência de uma área entre o bebê e as pessoas, na qual o brincar é significativo*” (1996c[1966]/1997, p. 192; os itálicos são meus).

Já no início da vida, sobretudo durante os estados excitados da amamentação, cabe à mãe suficientemente boa a tarefa de introduzir e manter o bebê, durante o tempo adequado, num mundo subjetivo em que este faz a experiência da *ilusão de onipotência*.² Essa ilusão é necessária, diz o autor, pois “toda criança precisa tornar-se capaz de criar o mundo (a técnica adaptativa da mãe faz com que isso seja sentido como um fato); caso contrário, o mundo não terá significado” (1984b/1987, p. 116). A mãe é capaz dessa “técnica” em virtude de sua capacidade de regredir até o estado primitivo do bebê e de identificar-se com ele. Isso se dá, sobretudo, devido ao seu estado natural de “preocupação materna primária”, relacionado à gravidez.

Os cuidados maternos que mantêm o bebê na área da ilusão de onipotência estão direcionados, sobretudo, no sentido de evitar que o bebê seja surpreendido com um sentido de realidade para o qual ainda não está preparado. A mãe protege o bebê da irrupção de qualquer amostra da realidade externa, incompreensível para ele, e impossível de ser abarcada no âmbito de sua onipotência. Devido a sua extrema imaturidade, o bebê só pode fazer experiências, sentidas como reais, no único sentido de realidade para o qual está preparado: a realidade do que é subjetivo. No mundo subjetivo, tudo o que chega ao bebê deve ter o caráter de objeto subjetivo, ou seja, como resposta ao seu movimento, ele encontra o objeto de tal modo que tem o sentimento de ter *criado* o que precisa, no momento em que precisa. O objeto chega ao bebê *no momento exato* em que a necessidade aponta e é do tamanho exato da sua possibilidade de receber e assimilar *como parte dele, naquele preciso instante*. Em suma, os objetos subjetivos são de tal natureza que o bebê não é afrontado com algo que ele não pode abarcar na experiência: eles não surpreendem, não causam sobressaltos, isto é, não são extemporâneos no sentido de imprevisíveis. Sua forma de presença é tal que não denuncia o caráter externo de sua existência e, desse modo, eles

Mas essa cisão, dirá Winnicott, só se torna significativa – ou seja, patológica, algo que precisa sempre ser levado em conta –, quando a falha ambiental, da qual decorre a interrupção do processo de amadurecimento, “exacerba ao invés de curar a cisão na pessoa do bebê” (1988/1990, p. 128). Isso leva a que, na saúde, quando o processo de integração segue o seu curso, a cisão é, aos poucos, absorvida e “curada”. Vejamos a citação completa: “A cisão é um estado essencial em todo ser humano, mas não é necessário que ele se torne significativo *se a camada protetora de ilusão tornou-se possível através do cuidado materno*” (os itálicos são meus). O que é, portanto, que “cura” ou que permite que a cisão essencial seja aos poucos absorvida? É o prosseguimento do processo de amadurecimento tendo na base, e mantida, a *ilusão de criar o mundo*, a capacidade de acreditar em..., a despeito de o processo de desilusão seguir o seu curso. Mas, se o ambiente fracassa em fornecer cuidados confiáveis, o bebê é sistematicamente confrontado com algo para o qual não está preparado e tem interrompida a sua continuidade de ser. Nesse caso, a ilusão básica não se estabelece como experiência; ao contrário, a cisão se exacerba: enquanto o si-mesmo verdadeiro, que é a sede da espontaneidade, se retrai e se isola, um si-mesmo falso, artificialmente construído, fica encarregado de lidar com a realidade externa e com a ameaça de invasão que advém dela. Desse modo, o falso si-mesmo protege o verdadeiro, para que este nunca mais volte a ser ferido. O indivíduo que, de qualquer modo, continua a crescer física e intelectualmente, embora não como existência psicossomática, nunca se sente preparado para coisa alguma, na medida em que, operada a cisão, ele tem que seguir adiante desprovido da ilusão básica, ou seja, sem que seu si-mesmo esteja disponível para a experiência. Esse é o caso do bebê que “desistiu”, perdeu a esperança na possibilidade de comunicação. Para aqueles que não puderam desenvolver a capacidade de acreditar em..., a vida toda, com seu movimento, sua desordem essencial, sua imprevisibilidade básica, torna-se uma espécie de cilada potencial da qual é preciso precaver-se. Viver torna-se uma tarefa permanente de evitar o imprevisível. É isso que Winnicott quer significar quando diz que “a falha exacerba ao invés de curar a cisão na pessoa do bebê”.

Nos casos favoráveis, a par da *compreensão intelectual* de que o mundo existe por conta própria (e, de modo algum, tal qual o conceito), permanece na pessoa o *sentimento* de que o mundo foi pessoalmente criado por ela, e que continua a ser possível achar ou recriar o nicho em

unitário ou um estado de integração espaço-temporal, onde existe um eu (si-mesmo), que contém tudo, ao invés de elementos dissociados colocados em compartimentos, ou dispersos e abandonados. (1971g/1975, p. 98)

Foi exatamente em função desses casos que Winnicott procedeu a uma revisão crucial da tarefa terapêutica. Instruído, pelo cuidado clínico de psicóticos fronteiraços, sobre as necessidades primitivas que, na verdade, fazem parte de cada ser humano, Winnicott redefiniu o papel do analista: este deverá privilegiar uma outra função do que aquela para a qual a análise foi originalmente concebida, a saber, a interpretação de conflitos inconscientes.

Há alguns indivíduos, como foi mencionado anteriormente, sobre os quais pesa o tempo todo uma ameaça de perda da capacidade de se relacionar ou de perda do sentido de real. Para eles, o *setting* analítico terá que oferecer, pela primeira vez em suas vidas, experiências simples, mas essenciais, que só podem ocorrer num ambiente que se caracteriza pela confiabilidade e que não foram possíveis no ambiente original; ³ nem eles mesmos sabem bem sobre sua necessidade, pois, na desesperança de serem atendidos, a necessidade foi abafada, retida e, muitas vezes, camuflada em autossuficiência. São esses os casos em que a experiência de ilusão de onipotência foi inexistente ou precária. A capacidade de confiar, de acreditar em... foi minada na raiz, feneceu antes de ter sido estabelecida. A própria análise está envolvida nessa descrença quanto à possibilidade de uma comunicação verdadeira. O paciente psicótico tornou-se desesperançado e, num certo sentido, ele luta contra a esperança, pois esta é a vizinha mais próxima da decepção; na verdade, sem dar por isso, ele organiza toda a sua vida em torno de evitar a repetição da agonia impensável que está na raiz de tudo.

A responsabilidade que nos cabe como analistas, nesses casos, consiste em saber se podemos dar sustentação a toda uma fase de dependência absoluta, em que essas pessoas possam viver, por um tempo indeterminado, num mundo subjetivo, ou seja, na área de ilusão de onipotência, protegidas da irrupção de qualquer amostra da realidade externa. Teremos que ser objetos subjetivos, para o paciente, e suportar o fato de não existirmos para ele, como pessoas separadas, sabendo, ao mesmo tempo, que nossas atitudes os afetam imediatamente.

- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Trabalho original publicado em 1988. Título original: Human Nature)
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989a. Título original: Psychoanalytic Explorations)
- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. In D. Winnicott (1994/1989a). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1974)
- Winnicott, D. W. (1994). Marion Milner: Nota crítica de “On Not Being Able to Paint”. In D. Winnicott (1994/1989a). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1951d)
- Winnicott, D. W. (1997). Autismo. In D. Winnicott (1997/1996a), *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996c[1966])
- Winnicott, D. W. (2000). Pediatria e psiquiatria. In D. Winnicott (2000/1958a). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1948b)
- Winnicott, D. W. (2000). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958a. Título original: Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis)
- 1 . Este artigo, corrigido e atualizado para a presente edição, foi publicado originalmente com o título “A ilusão originária”, na Coleção Memória da Psicanálise, n. 5 - Winnicott, 2ª edição revista e atualizada (Revista *Viver: Mente & Cérebro*, Duetto Editorial, 2009), pp. 40-51.
 - 2 . A palavra onipotência, usada para esse estágio primitivo, descreve um traço essencial da dependência e significa que o bebê não sabe nada acerca da existência de si mesmo ou do mundo externo. Não se deve confundir esse significado específico da experiência de onipotência na área da ilusão, característico do mundo subjetivo, com o sentimento de onipotência, relativo a um poder que desconhece limites e que justamente “pertence à desesperança em relação à dependência”. Cf. Winnicott, 1971h/1975, p. 50.
 - 3 . Para um exame mais apurado da questão da confiabilidade no ambiente inicial e no *setting* analítico, ver Dias, 1999, reproduzido neste livro nas pp. 15-49.

deixar-se afetar pelos acontecimentos, um lugar onde reunir e guardar as coisas que encontra, na duração de um tempo contínuo (continuidade, previsibilidade, monotonia etc.) em que uma existência se desdobra em passado, presente e futuro.⁶

Existir (*ex-sistere*), portanto, só se inicia quando o bebê, chegando à integração, que implica o reconhecimento da existência separada do não-eu e correlativamente do eu, alcança o sentimento de ser real e de habitar num mundo real. Mas muita coisa tem que acontecer para o bebê chegar aí. “A integração é uma conquista”, diz Winnicott. Antes disso, pode-se falar em não existência. Trata-se, portanto, de um momento delicadíssimo que requer cuidados específicos.

Para fazer essa primeiríssima experiência de habitar e levar a termo a tendência virtual à integração, esse momento deve poder ser vivido, nas condições mesmas de imaturidade que lhe são inerentes e no relaxamento próprio de quem se sente bem-sustentado. Isto só é possível na presença de um ambiente facilitador que reconhece, aceita, reúne e dá suporte a esse estado de não-integração, sem apressar-lhe o andamento. O processo deve seguir o seu próprio curso, tendo garantida e protegida a “continuidade de ser”. “A base para o estabelecimento do ego é um suficiente ‘continuar a ser’ que não foi interrompido por reações à invasão” (1958n[1956]/2000, p. 403).⁷

Cabe à mãe “suficientemente boa” propiciar ao bebê os cuidados de sustentação, de presença contínua e previsível e de proteção contra invasões. Na saúde, isso se dá porque, identificada com o bebê, a mãe é capaz de uma adaptação sensível, ativa e completa às suas necessidades. Em seguida, ela provê uma desadaptação gradual, na qual pequenas falhas ocorrem na medida mesma da capacidade maturacional crescente do bebê, o que significa que essas falhas pertencem à pauta da adaptação. Mas há, aqui, um ponto a ser destacado, que revela a profundidade do pensamento de Winnicott: a adaptação completa não visa precipuamente à satisfação instintiva.⁸ Algo mais básico e estrutural está acontecendo. A adaptação completa propicia um encontro e esse encontro é fundamental: é a matriz dos encontros possíveis, o paradigma existencial dos vínculos de que o existir se constitui. Observemos que o bebê mesmo não se encontra com a mãe uma vez que, nesse momento, a mãe não existe e nem o bebê existe. Mas o encontrar está se dando no completar o gesto do bebê e no atender à sua necessidade “no ponto” (mãe

único inconveniente está em que a análise jamais termina. Pode ser concluída e o paciente pode mesmo mobilizar um falso eu (si-mesmo) psiconeurótico para finalizar o tratamento e expressar gratidão. De fato, porém, ele sabe que não houve alteração no estado (psicótico) subjacente e que analista e paciente tiveram êxito em conluiar-se para provocar um fracasso. (1969i[1968]/1994, p. 122)

Com pacientes *borderline*, portanto, se se quer chegar ao fundo, a regressão é necessária (cf. 1960a/1983, p. 149). E não é verdade que os clinicamente regredidos sejam os mais doentes. Talvez seja mais difícil a tarefa de lidar com pacientes psicóticos em estado de fuga para a sanidade (cf. 1955d[1954]/2000, p. 385), como era o caso do paciente anteriormente mencionado. Contudo, em geral, se o analista fornece as condições requeridas, o paciente fronteiro “atravessa gradativamente as barreiras que denominei técnica do analista e atitude profissional e força um relacionamento direto de tipo primitivo chegando até o limite da fusão” (1960a/1983, p. 150). A regressão à dependência

representa a esperança do indivíduo psicótico de que certos aspectos do ambiente, que falharam originalmente, possam ser revividos, com o ambiente desta vez tendo êxito ao invés de falhar na sua função de favorecer a tendência herdada do indivíduo de se desenvolver e amadurecer. (1965h[1959]/1983, p. 117)

Mas, o que é que o paciente busca repetir, reviver, recordar? Não é possível resgatar algo que ainda não aconteceu e “essa coisa do passado ainda não aconteceu porque o paciente não estava ali para que acontecesse” (1974/1994, p. 74). A falha, o colapso, deu-se fora do psiquismo, num “sem lugar”, “sem tempo”, “sem forma” e não pode pertencer ao passado a menos que possa ser experienciada pela primeira vez no presente. “Para entender isto é preciso pensar, não em um trauma, mas em que nada aconteceu quando algo deveria ter acontecido” (1974/1994, p. 75). É esta a razão de o que se deu no período de não-integração não ter como ser resgatado ao modo de uma lembrança esquecida ou desfigurada nas dobras do inconsciente, nas formas clássicas da transferência.

Nessas situações de regressão, quase tudo o que está ocorrendo de importante se dá no pré-verbal e há aí um desafio para o analista: ele precisa saber tudo o que se refere a interpretações relativas ao material apresentado, mas

vez em quando, deixar de existir; ele necessita saber que o analista suporta esse retorno à não existência, ao estado não-integrado, amorfo, da completa dependência:

O sentimento do eu (si-mesmo) surge na base de um estado não-integrado que, contudo, por definição, não é observado e recordado pelo indivíduo e que se perde, a menos que seja observado e espelhado de volta por alguém em quem se confia, que justifica a confiança e atende à dependência. (1971r/1975, p. 88)

Referências

- Khan, M. (1991). Introdução . In D. Winnicott (1991/1986a), *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes.
- Khan, M. (2000). Prefácio. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (trad. Davy Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1978)
- Loparic, Z. (1990). *Heidegger réu: um ensaio sobre a periculosidade da filosofia*. Campinas: Papirus.
- Loparic, Z. (1991). Um olhar epistemológico sobre o inconsciente freudiano. In F. Knobloch (Org.), *O inconsciente: várias interpretações* (pp. 43-58). São Paulo: Escuta.
- Loparic, Z. (1995). Winnicott e o pensamento pós-metafísico. *Psicologia USP*, 6(2), 39-61.
- Loparic, Z. (1998). Psicanálise: uma leitura heideggeriana. *Veritas*, 43(1), 25-41.
- Loparic, Z. (1999). É dizível o inconsciente? *Natureza humana*, 1(2), 323-385.
- Loparic, Z. (2001). Além do inconsciente: sobre a desconstrução heideggeriana da psicanálise. *Natureza humana*, 3(1), 91-140.
- Pessanha, J. G. (1992). O Ponto K – Heidegger e Freud. *IDE – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo*, n. 22, 80-89.
- Pessoa, F. (1986). Livro do desassossego. In F. Pessoa, *Obra poética e em prosa* (Vol. 2). Porto: Lello e Irmão.
- Pontalis, J-B. (1977). L'illusion maintenue. In J-B Pontalis, *Entre le rêve et la douleur*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1971)

Winnicott, D. W. (2000). Preocupação materna primária. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (Davy Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958n[1956])

Winnicott, D. W. (2000). Retraimento e regressão. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (Davy Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955e[1954])

Winnicott, D. W. (2000). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (Davy Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958a. Título original: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*)

1. O presente artigo foi apresentado no II Encontro Latino-Americano sobre o pensamento de D. W. Winnicott: aspectos técnicos de sua obra (outubro de 1993, Montevideo) e publicado originalmente em espanhol em *Enfoques teórico-técnicos sobre D. W. Winnicott*, tomo I (coletânea dos trabalhos apresentados no encontro mencionado), pela editora da Fundación Winnicott de Montevideo (1993). Posteriormente, foi publicado em português, pela primeira vez, em *Percurso Revista de psicanálise*, n. 13, 1994, pp. 71-78. Para a presente edição, foram feitas algumas correções vernaculares e acrescentadas algumas notas de atualização conceitual, com a bibliografia correspondente.
2. Nota acrescentada em 2011: Hoje eu diria “As neuroses, organizadas em solo *instintual...*”, e essa mesma ressalva vale para a maior parte dos termos “pulsão” e “pulsional” que se encontrarem adiante, embora alguns, como quando uso “conflito pulsional”, devessem ser substituídos por “conflitos derivados da vida instintual”. Percebo hoje que usei algumas vezes o termo “pulsional” para referir-me ao que Winnicott chama de “profundo”, relativo ao inconsciente reprimido, distinguindo este do que é “primitivo”. Esse é o caso quando digo, no início do item 2, tratar-se de um momento pré-objetal, pré-pulsional e pré-simbólico; hoje, eu substituiria “pré-pulsional” por “pré-representacional”. Há outras passagens, ainda, em que “pulsional” poderia ser substituído por “inconsciente”, como é o caso da expressão “conteúdo pulsional indesejável” quase ao final do artigo. Como se vê, já neste artigo, o termo “pulsão”, consagrado na psicanálise tradicional, adquiriu uma abrangência que dilui distinções categoriais importantes. O fato é que, na ocasião em que escrevi o artigo, eu não havia ainda me dado conta que a “pulsão”, sendo um conceito especulativo pertencente à metapsicologia freudiana, era inteiramente estranho ao tipo de teorização e à linguagem correspondente praticadas por Winnicott em seu estudo da natureza humana. A isso se acresceu o fato de que a tradução disponível de *Da pediatria à psicanálise* era a de Jane Russo, editada pela Francisco Alves; nela,