

***A clínica winnicottiana das psicoses: a retomada do amadurecimento\****

**Elsa Oliveira Dias**

IBPW/IWA

Tudo isto pode ser muito claramente demonstrado no tratamento analítico desde que sejamos capazes de seguir o paciente para trás no desenvolvimento emocional tanto quanto ele precisa ir, pela regressão à dependência, a fim de alcançar o momento anterior àquele em que as intrusões tornaram-se múltiplas e impossíveis de controlar. (1949/2000, p. 276)

## **1. Introdução**

Em muitas de nossas reuniões científicas, qualquer tema proposto pode em princípio ser abordado de variadas perspectivas teóricas, mas o que está aqui em questão – “A retomada do amadurecimento” – é eminentemente winnicottiano e não há como ser desenvolvido fora da perspectiva traçada pelo analista inglês. Compreendido no título estão as ideias de amadurecimento, de que a linha do amadurecimento pode ser quebrada, interrompida, perdida, e de que é possível, ao menos em princípio e sob certas circunstâncias, retomá-la. A ideia de retomada do amadurecimento envolve uma concepção de regressão, não a pontos de fixação da libido, mas de retorno a uma situação de dependência – concepção, portanto, fundamentalmente relacional e não intrapsíquica. Em vista disso e do sentido de cura a que remete, tal concepção de regressão é, não um sinal de doença, como foi quase sempre entendida na teoria tradicional, mas um primeiro passo na direção da saúde. Estamos, portanto, sem apelo, em território winnicottiano.

Não é o caso, aqui, de examinar os fundamentos da clínica winnicottiana do amadurecimento, e das psicoses em particular, nem de a comparar, ponto a ponto, com a clínica psicanalítica tradicional. Ressalto apenas que compreender distúrbios psíquicos como distúrbios do processo de amadurecimento pessoal do indivíduo – os quais passarei a chamar de distúrbios maturacionais –, sobretudo quando se leva em conta o fato da dependência inicial,

---

\* Este texto foi originalmente uma palestra apresentada em Lisboa (2014), no Congresso Luso-Brasileiro sobre a psicanálise de Donald W. Winnicott, cujo tema geral era “A retomada do amadurecimento”. Após ser ampliado e corrigido, foi publicado em português com o título “A clínica winnicottiana das psicoses: a retomada do amadurecimento” em *Se..., Não... Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 2014, v.5, n.2, pp. 205-222. A presente versão apresenta novas modificações e acréscimos.

acarreta implicações clínicas que alteram de maneira bastante radical, com relação à psicanálise tradicional, as concepções de *setting* analítico, da tarefa do analista e do que se entende por cura. Concebido a partir do estudo e tratamento das neuroses, o *setting* analítico tradicional baseia-se na teoria do desenvolvimento das funções sexuais e supõe um indivíduo já constituído como identidade unitária e capaz de se relacionar com o outro, externo a ele. É toda uma outra perspectiva que se abre quando o *setting* e a tarefa do analista passam a ser orientados pela teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott. Esta, baseada no estudo dos estágios primitivos e das psicoses – o que lança luz sobre os fundamentos da existência –, visa à compreensão e ao tratamento dos distúrbios maturacionais em geral, ainda que deva dar conta também da emergência de fenômenos esquizoides em todos os tipos de pacientes ou do tratamento de casos cujas características sejam francamente esquizoides ou *borderline*.

Para melhor situar a perspectiva a partir da qual Winnicott opera, deve-se lembrar que ele foi um estudioso, não exatamente do psiquismo, e muito menos do aparelho psíquico, mas da natureza humana. No esforço de compreender a questão propriamente humana, recusou o recurso heurístico freudiano a uma dinâmica de forças pulsional, supraestrutural e intrapsíquica, e, em vez disso, observou em detalhe a história real das relações de um indivíduo com seu meio ambiente, desde o início da vida. Tal direção do pensamento deve-se, provavelmente, a fatores pessoais, de sua própria história, mas também ao atendimento sistemático de bebês, com suas mães, no campo da pediatria, simultaneamente ao de adultos psicóticos, em especial dos que puderam regredir à dependência. Foram essas pessoas, e os problemas de que padeciam, relatados na clínica que favorecia a dependência, que possibilitaram a Winnicott vislumbrar aspectos essenciais da existência humana, inacessíveis, diz ele, quando se estuda o indivíduo saudável e mesmo o neurótico.

No início de sua carreira como pediatra, e tendo iniciado sua formação como psicanalista, Winnicott constatou que, enquanto a psicanálise tradicional, buscando abarcar a infância e tratar das psicoses, teorizava sobre crianças de 2, 3, 4 e 5 anos a propósito da questão edípica, ele assistia bebês muito pequenos que, com apenas algumas semanas de vida, já estavam emocionalmente doentes, apresentando-se muito assustados, demasiadamente agitados, ou manifestando uma espécie de anorexia, sem que algum problema físico fosse detectado. Não era possível, dada a extrema imaturidade dos bebês, atribuir qualquer uma dessas dificuldades à hipótese central que vigorava na psicanálise tradicional, a saber, a problemática edípica, triangular, que supõe um alto grau de desenvolvimento, inclusive mental. Deveria haver, portanto, concluiu ele, um campo de problemas, muito primitivo, que escapava ao paradigma edípico.

Diante disso, o esforço teórico de Winnicott foi na direção de explicitar os estágios iniciais da vida dos bebês, sua busca de contato, a “magia da intimidade” e da comunicação que se desenvolve entre eles e sua mãe, quando esta é suficientemente boa, e a natureza específica das dificuldades com que têm que lidar nesta etapa primitiva. Ele conectou essas dificuldades com aquelas de que padecem os psicóticos em relacionarem-se com a realidade do si-mesmo, da vida e do mundo externo. É nesse período pré-verbal, pré-simbólico e pré-representacional que ele entendeu estarem ancoradas as raízes da saúde psíquica, assim como das muitas formas de impedimento de viver e de sentir-se vivo que perturbam os psicóticos. A questão que passou a mover Winnicott foi a de saber quais são as condições ambientais que favorecem, ou falham em favorecer, os processos pelos quais um bebê, imaturo e altamente dependente de início, chega a tornar-se uma pessoa viável, capaz de estabelecer relações com a realidade externa, de achar algum sentido no fato de estar vivo e de tomar conta razoavelmente de si mesmo. Se essas condições falham no período inicial, pode acontecer de um indivíduo jamais chegar a constituir-se como pessoa, e muito menos, portanto, a experimentar como real, e em primeira pessoa, algo tão sofisticado como um relacionamento triangular com pessoas externas – ou, mais especificamente, a situação edípica.

Partindo da concepção de que o ser humano é essencialmente relacional e tirando todas as consequências da imaturidade do bebê no início da vida, Winnicott assinala, de maneira decisiva, e em confronto com as principais posições da época, que enfatizavam o intrapsíquico, a importância crucial do ambiente, sobretudo do inicial. Ele diz, por exemplo, que bebês que não recebem cuidados suficientemente bons no início da vida “não conseguem se realizar nem mesmo como bebês. Os genes não são suficientes” (1968/1988, p. 84). Como os cuidados ambientais são um elemento imponderável, há que se considerar o fato de que o processo de alcançar a vida pode falhar, uma vez que o nascimento biológico não coincide com o nascimento ontológico. Há bebês que, 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, mas, apesar de biologicamente vivo e até saudável, não alcança o viver ou o sentir-se vivo e real; permanece imaturo num sentido básico, fundamental.

Foi à luz dessas constatações, fornecidas por seus pacientes psicóticos, em especial os que regrediam à dependência – pois estes, mas não os bebês, são capazes de nos comunicar algo sobre a natureza das aflições pelas quais passam –, que Winnicott formulou sua teoria das psicoses e da tendência antissocial como distúrbios de deficiência ambiental. A partir daí,

reformulou a teoria de outros distúrbios, os psicossomáticos, as depressões, a neurose, as perversões, as paranoias. Enquanto a psicanálise tradicional – e Lacan junto – relaciona a psicose à problemática da castração ou, ao modo de Klein, à pulsão de morte, mas, em qualquer dos casos, vincula-a a algum desarranjo das forças pulsionais, negligenciando o papel do ambiente, para Winnicott o distúrbio psicótico é de outra natureza: é, como diz, um distúrbio de deficiência ambiental – e leva a tarefa terapêutica em outra direção. O que falta aos psicóticos, dirá, não é propriamente chegar ao princípio de realidade, mas, de maneira mais básica, alcançar um sentido de realidade do si-mesmo e do mundo em que vivem; suas dificuldades e problemas, acentua, são especialmente aflitivos, pois “não fazem parte da vida, mas sim da luta para alcançar a vida [...]” (1988/1990, p. 100). E ainda, em outro texto: “Há pessoas que passam a vida não sendo, num esforço desesperado para encontrar uma base para ser” (1966b/1987, p. 116).

Não é essa a questão para os neuróticos. Estes, se não houver dúvida sobre a consistência de suas experiências iniciais, são indivíduos que tiveram um bom início, alcançaram o sentido de serem reais, unitários, e a capacidade para as relações interpessoais. Talvez adoeçam ao terem que lidar com os conflitos que surgem da vida instintiva, em meio às relações triangulares, mas o que surge na análise não é uma dúvida sobre a realidade do si-mesmo, e sim problemas relativos às defesas erigidas contra as ansiedades provenientes da administração da instintualidade, de natureza genital, e mesmo pré-genital, e das fantasias que dela derivam.

Como os psicóticos, no dizer de Winnicott, “pairam permanentemente entre o viver e o não viver” (1966a/1975, p. 139), não se pode afirmar que suas dificuldades resultem de conflitos intrapsíquicos, os quais apontariam para o “profundo”, para material censurado reprimido no inconsciente, visto que tais indivíduos não têm maturidade necessária para tanto. Segundo Winnicott, “não é possível a uma personalidade cindida ter um inconsciente [reprimido], por não haver lugar onde ele ficar” (1964/1994, p. 369).<sup>1</sup> Diferentemente disso, as dificuldades dos psicóticos pertencem ao domínio do “primitivo”, fundando-se bem mais em uma inconsistência básica que corrói todo senso de realidade. A despeito de se apresentarem

---

<sup>1</sup> Tendo iluminado as etapas mais primitivas da vida, prévias ao estabelecimento de um eu unitário, Winnicott entendeu que, para abrigar as experiências psicossomáticas primitivas, que nunca chegam a ser propriamente conscientes, precisa-se de uma noção de inconsciente que não é o inconsciente reprimido de Freud. Diz ele: “Enquanto o inconsciente [originário, que será simplesmente esquecido] é o depositário das áreas mais ricas do si-mesmo da pessoa, o inconsciente reprimido é o cofre em que se guarda (a grande custo, em termos de economia psíquica) o que é intolerável e está além da capacidade do indivíduo de absorver como parte de seu eu e de sua experiência pessoal.” (1963a/1983, p. 197)

como pessoas capazes de lidar com as exigências da vida, e de efetivamente o serem muitas vezes, devido à formação precoce de um falso si-mesmo que promoveu uma integração artificial e se revela como real, são indivíduos cujas experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas que o analista será a primeira pessoa na vida deles a fornecer certas coisas que são essenciais e só podem ser oferecidas pelo que se chama ambiente suficientemente bom. Esses pacientes não têm propriamente uma história, pois as descontinuidades traumáticas a que foram expostos quebraram, repetidas vezes, a sua continuidade de ser, tornando seu passado fragmentado e difícil de recompor temporalmente.

Um paciente meu, adulto relativamente jovem, que vivia total desesperança com relação à possibilidade de a vida fazer algum sentido e de haver comunicação efetiva entre pessoas, disse-me certa vez: “Fui socializado antes de me tornar uma pessoa. Sei e cumpro muito bem o que se espera de mim, mas nada, jamais, fez qualquer sentido. Sempre me senti isolado, do lado de fora da província humana; não me sinto real, não sinto o mundo ou os outros reais. Não tenho história. Não sei por que vivo ou continuo vivendo.” Este homem, que não tinha problemas com o princípio de realidade, padecia da falta do sentido de real.

Desde essa perspectiva, é natural que sejam cruciais as diferenças no *setting* analítico e na tarefa terapêutica conforme o paciente seja neurótico ou psicótico. No que se refere ao método, por exemplo, a interpretação, necessária ao paciente neurótico para elucidar os conteúdos inconscientes reprimidos, pode ser, no caso do psicótico, altamente invasiva e, por extrapolar sua capacidade maturacional, repetir o padrão de fracasso ambiental, na medida em que o ambiente falha na comunicação pessoal e se mostra incapaz de identificar-se com o paciente. Uma interpretação no sentido tradicional também pode se constituir em invasão traumática por destacar, antes do tempo, a existência externa e separada do analista e, além disso, por remeter a um eu que ainda não está lá para ser encontrado. Nos casos de psicose, a ênfase do tratamento recai sobre o manejo da situação clínica, em especial se o paciente se encontra em estado de regressão à dependência e só pode se relacionar com o analista enquanto objeto subjetivo.

## **2. A regressão à dependência**

Tendo em vista a natureza da psicose e às necessidades do paciente que dela padece, Winnicott afirma, de maneira bastante incisiva, que, no caso das patologias psicóticas, caso se queira chegar ao problema efetivo do paciente, a regressão à dependência é necessária.

Mas como saber quando um paciente necessita regredir à dependência? Quando começa a apresentar suscetibilidade aguda à qualidade da presença/ausência do analista, repara nos mínimos detalhes do ambiente e se assusta com qualquer mínima modificação que encontre nele; quando, além disso, começa a usar a provisão especial que o analista lhe fornece para, mesmo que momentaneamente, tornar-se dependente, desintegrado ou fora de contato, para delirar, ou enlouquecer, como mostrarei adiante, ou para deixar-se estar em estado de amorfia de um modo que não lhe foi possível no início da infância e o estado a que tinha direito era o da não-integração. E isso só é possível em condições de dependência máxima (1963a/1983, p. 205).

E o que é preciso fazer para permitir a dependência, caso ela se revele uma necessidade? A resposta é que não há nada de específico a fazer a não ser oferecer um *setting* analítico cuja característica central seja a confiabilidade, uma regularidade mantida, capaz de prevenir imprevisibilidades, preparado para receber e cuidar, sem susto, da fase regressiva que venha a surgir.<sup>2</sup> Se a necessidade do paciente é retornar ao ponto em que seu amadurecimento pessoal foi paralisado e sendo dadas as condições especiais do *setting* e de confiabilidade e consistência pessoal do analista, ele regredirá à dependência. Assinalo ainda que, ao dispor-se a cuidar de tal regressão, o analista deve estar disposto a suspender, por tempo indeterminado, o uso de seu sofisticado e intrincado saber psicanalítico, que inclui a capacidade de decifrar os interessantíssimos nexos simbólicos que podem ser traçados a partir da interpretação do inconsciente na transferência, e que foi sempre seu instrumento de trabalho, para ater-se ao mais simples, a detalhes específicos que o paciente traz ou para os quais necessita compreensão e resposta. No que se refere aos psicóticos, é preciso dizer que o mais fidedigno instrumento de trabalho é a própria pessoa do analista, seu interesse real pela pessoa do paciente e sua capacidade de identificar-se com este. Mais: o analista deverá ser alguém que não se assusta com o estado de dependência do paciente e esteja ciente de que, durante algum tempo, só poderá existir, para este, como objeto subjetivo.

E a que serve propriamente a regressão à dependência? A necessidade mais geral é refazer um começo que, de tão insatisfatório, não foi capaz de possibilitar, ao indivíduo, o sentimento de que a vida vale a pena ser vivida. Mais especificamente, essas pessoas precisam retornar a um momento anterior ao trauma para resgatarem o fio perdido da esperança e da espontaneidade; precisam ainda, uma vez regredidas, poder experimentar, talvez pela primeira vez em sua vida, e durante o tempo necessário, a sustentação dada por um ambiente regular,

---

<sup>2</sup> Sobre a questão da confiabilidade no *setting* analítico, cf. Dias, 2011.

previsível, de tal modo que, confiando aos poucos nessa sustentação, elas possam, com o tempo, adquirir a capacidade de “acreditar em...”, de “poder contar com...”, e assim, a partir dessas condições favoráveis, retomarem a linha do amadurecimento.

Tudo isso está longe de ser fácil. Em geral, tais pessoas não viveram essa experiência de confiabilidade ou a viveram de modo tão deficiente que não têm registro experiencial de sustentação; ao contrário, abrigam em si o temor permanente de perderem o contato, de desintegrarem-se, de “caírem para sempre”; ou, ainda, viveram amostras de acolhimento afetuoso, mas este era tão irregular e imprevisível que não foi possível estabelecer a confiança, o sentido de “poder contar com”. Por não terem conseguido vivenciar e incorporar a experiência de confiar, com segurança, não podem se permitir qualquer esperança, porque esta seria a vizinha imediata da decepção. Tais pessoas, no mais das vezes, passaram a vida se autossustentando ou vivendo a partir da mente, ou se equilibrando de alguma forma numa falsa integração que, embora funcione, está sempre ameaçada de ruir. Podem até saber, intelectualmente, o que significa “contar com”, mas isso tem muito pouca validade.

Para que a experiência de confiabilidade se estabeleça, é preciso, às vezes, muito tempo e é por isso que, segundo Winnicott, há casos em que a única coisa a fazer é esperar, esperar e esperar (cf. 1958b/2005, p. 80). Naturalmente, há qualidades nessa espera e uma delas é o analista não se impacientar e, muito menos, desesperar: o paciente, em virtude do medo imenso de começar a confiar, faz tudo para que desanimemos e ele possa confirmar sua desesperança, refugiar-se de novo na organização defensiva, da qual já se tornou *expert*, e abandonar a luta. Há que se vencer vagarosamente a desconfiança e toda a autossustentação e autosuficiência que ela implica, sem apelar para a compreensão intelectual do indivíduo. Outra qualidade da espera é não tentar “curar” o paciente, não consolá-lo, não incentivá-lo ou minimizar o que ele passa. Ele *saberá imediatamente que tememos o seu estado e que não o seguraremos do modo como ele está*.

No caso clínico relatado por Winnicott como ilustração do 4º capítulo de *O brincar e a realidade*, a paciente, altamente desesperançada, fala do seu profundo sentimento de não importar para ninguém. Transcrevo o diálogo<sup>3</sup> para mostrar o modo como Winnicott não a consola nem minimiza a situação; apenas mantém e reproduz, para que ela ouça o que ela mesma traz:

---

<sup>3</sup> Retraduzi o trecho para melhor captar o sentido do original.

– É uma sensação desesperada de não ter nenhuma importância. Eu não tenho nenhuma importância. Deus não existe e eu não tenho importância. Imagine só, uma moça em férias mandou-me um cartão postal.

Nesse ponto comentei:

– Como se você tivesse alguma importância para ela.

Ela, em resposta:

– Talvez.

Eu lhe disse:

– Mas você não tem nenhuma importância para ela nem para ninguém.

– Sabe, penso que preciso achar alguém [para quem eu tenha alguma importância], alguém que tenha alguma importância para mim, alguém que seja capaz de receber, de entrar em contato com o que os meus olhos viram e os meus ouvidos ouviram. Melhor seria desistir... Não vejo... Eu não... (1967b/1975, pp. 86-87)<sup>4</sup>

Mais do que qualquer outra coisa, a tarefa do analista é mostrar compreensão do que o paciente traz e, silenciosamente, fornecer confiança. Uma paciente minha, que se sentava diante de mim – mulher de meia idade, altamente paranoica –, pôs no encosto da poltrona em que sentava uma almofada fina e firme que encontrara na sala de atendimento, a fim de amenizar um problema recente na zona lombar. Na sessão seguinte, notei sua ligeira decepção em não encontrar a almofada no lugar em que a pusera. Depois disso, estar a almofada lá era o sinal de que eu a estava esperando, que havia pensado nela e que preparara o seu lugar. Nunca precisamos falar sobre isso, mas sempre cuidei que a almofada lá estivesse quando era o seu horário. Somente quando melhorou conseguiu me dizer o quanto havia sido importante contar com esse gesto e cuidado.

### 3. O trauma primitivo: as agonias impensáveis

Mas há ainda outro aspecto da necessidade de um paciente psicótico regredir à dependência: diz respeito ao fato de que, nas condições especializadas do ambiente terapêutico, e experienciando a confiabilidade do analista, o paciente se vê compelido a chegar à “loucura original” que nele habita sem ter sido propriamente experienciada. Explico: essa “loucura original” é o fragmento de segundo em que o indivíduo, quando bebê, sofreu uma interrupção traumática da linha da existência, ou seja, perdeu momentaneamente a linha do ser em função de uma reação à falha ambiental. Em termos técnicos, ele sofreu uma agonia impensável. Cito Winnicott: “A morte para um bebê nos estágios iniciais significa algo bem definido, ou seja, a

---

<sup>4</sup> Note-se que, diante da lembrança da paciente de que havia recebido um cartão postal de uma garota em férias, Winnicott **não** disse: “Bem, parece que ao menos alguém se importa com você”, consolando a paciente e tentando, com isso, amenizar-lhe o desespero de não importar para ninguém. O que ele disse foi: “As if you mattered to her.” She answered: “Maybe.” Ao que ele assentiu, assegurando-a de que, apesar desse fato, ele continuava compreendendo o sentimento básico: “But you don’t matter to her or to anybody.”

*perda do ser em razão de uma reação prolongada contra a intrusão ambiental*” (1988/1990, p. 156; os itálicos são meus).

Bebês que sofreram interrupções traumáticas da linha do ser têm um prejuízo concreto muito difícil de reparar; carregam consigo, sem nenhuma consciência disso, agonias impensáveis, isto é, a memória latente, irrecuperável pela representação, de um desastre ocorrido com o seu eu (num momento em que ainda não havia um eu). Toda a sua vida dali para frente fica inconscientemente orientada no sentido de evitar a repetição do colapso.<sup>5</sup> Em geral, eles se sentem esquisitos e têm pavores que não conseguem compreender.

Winnicott nos dá um exemplo de trauma primitivo – ou seja, de agonia impensável – quando assinala o fato de a realidade psíquica pessoal de um bebê pequeno ser ainda bastante frágil, o que significa que ele não é ainda capaz de manter vivo, em si mesmo, por tempo demasiado, o sentimento da presença da mãe e o de ele mesmo habitar num corpo. Se a mãe se ausenta x tempo, o bebê fica inquieto; se ela se ausenta x + y, ele fica aflito; mas se ela se ausenta x + y + z de tempo, o sentimento de ela existir morre para o bebê e ele fica sem nada; cai numa espécie de vazio ou de irrealidade.

Uma das experiências que tive de atender a uma longa regressão à dependência foi com um paciente, de cerca de 40 anos, cujo lar na infância fora decididamente caótico. Durante alguns anos, no início do tratamento, que tinha a frequência de 4 vezes por semana, foi-lhe muito difícil suportar o intervalo dos fins de semana. Em algum momento dessa fase, ele me relatou que, nesse intervalo, ele vivia, às vezes, momentos terríveis: perdia o contato comigo e consigo mesmo, e a realidade do que vivíamos nas sessões tornava-se longínqua e irreal, como se nunca tivesse existido. Embora soubesse muito bem, intelectualmente, que nossos encontros aconteciam, em alguns momentos ele sentia como se fossem algo ilusório, puramente imaginado. Minha última sessão da sexta era com ele. “No sábado”, dizia, “as coisas ainda

---

<sup>5</sup> O conceito de inconsciente aqui implicado não é o inconsciente reprimido da psicanálise tradicional, o qual requer um grau de amadurecimento que não pode ser presumido nesse momento inicial, a saber, um eu unitário, separado do não-eu, a estruturação de um mundo interno que abriga material censurável e, ainda, uma instância de censura moral, que, pelo trabalho do sonho, desfigura o material censurável. No que se refere às experiências iniciais, sejam as favorecedoras do si-mesmo ou as traumáticas, que interrompem a continuidade de ser, pode-se falar, com Winnicott, de inconsciente simplesmente, ou de inconsciente primário ou originário, como aquele que guarda as experiências psicossomáticas anteriores ao funcionamento mental e, portanto, não passíveis de representação. Essas experiências primitivas, prévias à constituição do eu e do mundo interno, não chegam jamais à consciência, ou então tendem ao esquecimento e não à repressão. Para referir-se ao aspecto negativo do inconsciente primário, relativo aos traumas, Z. Loparic cunhou a expressão “inconsciente não-acontecido”, que é quando algo deveria ter acontecido, por exemplo, uma resposta ao gesto espontâneo do bebê, e não aconteceu; repetidas vezes, o gesto caiu no vazio e impediu uma experiência integradora.

existem, embora um pouco difusas, mas no domingo à tarde, perco tudo: é como se eu fosse lançado num vácuo, onde nada existe, o tempo parou e estou preso nesse lugar; não há nenhuma lembrança a que me agarrar, nenhuma realidade que faça sentido, e ficarei ali eternamente”. Foi com esse paciente que aprendi que não era exatamente de mim, como pessoa diferenciada, que ele sentia falta no final de semana. O que ele precisava, tal como o bebê, era de mim, sim, como presença viva e receptiva junto a ele; precisava ser visto por mim para retomar o contato consigo mesmo e, com isso, ganhar realidade. Sem a minha intermediação, ele se perdia de si.

Winnicott distingue sete tipos de agonias impensáveis, como que para resguardar algumas especificidades, mas o mais certo é que elas todas se entrelaçam e surgem em conjunto.<sup>6</sup> É difícil pôr em palavras o que são essas agonias, mas se pode certamente afirmar que não se trata de angústias pela perda do objeto ou pela perda do amor ao objeto, uma vez que, no momento inicial, ainda não há objeto para ser perdido nem afetos configurados. Na verdade, não há nem mesmo um “sujeito” constituído para sofrer alguma perda. Estas, pois, constituem angústias *pensáveis*, como o são as angústias de castração. As agonias ditas *impensáveis* ocorrem num momento em que ainda não há um si-mesmo unitário (um “eu”) que possa fazer disso uma experiência pessoal. Algo acontece – ou exatamente não acontece quando deveria ter acontecido – que obriga o bebê a reagir e, com isso, há uma quebra da continuidade de ser; o bebê, porém, que ainda não existe como um si-mesmo unitário estabelecido, sofre o trauma sem, no entanto, poder abarcá-lo na experiência. Contudo, vê-se lançado num estado confusional e/ou de irrealidade, que, apesar da gravidade, pode ser imperceptível para o observador.<sup>7</sup>

Imediatamente após o trauma, erige-se uma cisão defensiva: o si-mesmo verdadeiro, que é a sede da espontaneidade, recua, ficando isolado e inacessível, enquanto uma outra parte da personalidade se organiza de maneira falsa, pois é defensivamente integrada a partir de fora, a partir dos padrões ambientais, e assume a tarefa de lidar com o mundo externo, adaptando-se às exigências deste e protegendo, assim, o verdadeiro si-mesmo, para que este não seja

---

<sup>6</sup> Encontra-se a menção de 5 tipos de agonias impensáveis no texto “O medo do colapso” (cf, 1963b/1994, p. 72) e alguns desses tipos estão repetidos em outros textos. São elas: agonia de retornar a um estado de não-integração, ou seja, medo da dependência; de cair para sempre; de perder a coesão psicossomática; de perder o sentido de real; e de perder a capacidade para relacionar-se com objetos. Encontrei dois outros tipos, ligeiramente distintos dos 5 anteriores; o primeiro, referido ao medo de um “completo isolamento devido à inexistência de qualquer forma de comunicação” (1968/1988, p. 88) e o segundo, o medo de uma total “ausência de orientação” (1967a/1994, p. 155).

<sup>7</sup> O fato de esse tipo de trauma primitivo ser imperceptível para o observador torna discutível o liame estreito que muitas vezes se tece entre a teoria winnicottiana e a técnica de observação de bebês de Esther Bick.

novamente atingido. Em torno da cisão, defesas mais específicas se organizam para que se alcance uma espécie de invulnerabilidade, com vistas a evitar, para sempre e a qualquer custo, o retorno da agonia impensável. Aqui se forma um sistema defensivo que é, em suma, no que consiste a psicose para Winnicott.

O indivíduo, que de qualquer modo continua a crescer física e intelectualmente, vive a partir da casca, isto é, do ambiente introjetado, e não do cerne, do impulso pessoal, que é criativo; chega até a “alcançar uma integração ilusória e falsa, ou seja, uma falsa força de ego, construída a partir de padrões do ambiente...” (1955/1983, p. 395). Tornando-se puramente reativo e, portanto, desprovido do impulso criativo, o indivíduo não alcança viver ou sentir-se vivo; a despeito do sucesso que possa ter em sua vida profissional e social, permanece imaturo num sentido básico, fundamental. Como não vive experiência alguma em primeira pessoa, instala-se nele um permanente sentimento de inutilidade da vida. Viver torna-se uma tarefa permanente de evitar o imprevisível. Esses indivíduos andam pelo mundo, dando muitas vezes a impressão de completa normalidade, mas ainda não existem como pessoas; são como que não-nascidos. Franz Kafka, que, ao que tudo indica, conhecia de perto essa situação, escreveu em seu diário: “Não ter nascido ainda e ver-se já obrigado a passear pelas ruas e a falar com as pessoas” (Kafka, 1985, p. 554).

É para esse estado de coisas que Winnicott alerta o analista quanto à possibilidade de este se enganar, pois o que se apresenta na clínica, e que aparenta no mais das vezes ser uma neurose, com novela familiar e tudo, nada mais é do que o ambiente internalizado. Nesses casos, diz ele, conseguimos mais êxito

[...] ao reconhecer a não-existência do paciente do que ao trabalhar longa e continuamente com o paciente na base de mecanismos de defesa do ego. [...] Esse trabalho infrutífero só é encurtado com êxito quando o analista apontar e especificar a ausência de algum aspecto essencial: “Você ainda não tem boca”, “Você ainda não começou a existir”, “Fisicamente você é um homem, mas não sabe, por experiência, nada sobre sua masculinidade”, e assim por diante. Esses reconhecimentos de um fato importante [isto é, da ausência de algo], tornados claros no momento exato, abrem caminho para a comunicação com o si-mesmo verdadeiro. (1960b/1983, p. 139)

#### **4. O medo do colapso**

O que nos chega na clínica é esse sistema defensivo altamente organizado e rigorosamente mantido. Por trás de todas as defesas, existe uma ameaça permanente de confusão, de desintegração. Em certos casos, passam-se anos até que se consiga um pequeno afrouxamento da organização defensiva; em outros, aparecem brechas no sistema, em geral sob

a forma de um fenômeno de alta complexidade, que Winnicott chama de “medo do colapso” (*fear of breakdown*): o paciente relata sentir-se permanentemente ameaçado por um perigo que o espreita na próxima esquina; há sempre um desastre eminente à sua espera: morte, loucura, cegueira, vazio, desorganização, empobrecimento irremediável. O termo “*breakdown*” foi escolhido por ser vago o suficiente para abranger as várias modalidades do medo, mas a expressão *fear of breakdown* aponta para o fato de o indivíduo viver ameaçado pela potencial desintegração da organização defensiva falsamente erigida.<sup>8</sup>

A questão difícil e complexa de ser pensada consiste em que, ao mesmo tempo em que toda a vida do indivíduo é inconscientemente organizada para evitar a repetição do ocorrido, é preciso enfatizar que o desastre não aconteceu propriamente, ou como diz Winnicott: “essa coisa do passado ainda não aconteceu porque o paciente não estava lá para que acontecesse” (1963b/1994, p. 74). “Não estava lá” significa que o indivíduo ainda não existia como um “eu” que pudesse fazer propriamente a experiência do trauma, em primeira pessoa, como algo que lhe aconteceu.

Sendo da ordem do impensável, por ocorrer previamente ao início do funcionamento intelectual, e também por não ser passível de representação, o trauma original não tem como ser recordado; não pode, portanto, ser buscado como se estivesse perdido ou desfigurado nas dobras do inconsciente reprimido. Os analistas não podem esperar encontrá-lo como resultado do trabalho que reduz as forças de repressão, pois não se trata de material censurado.

O paciente, contudo, precisa e vê-se mesmo compelido a aproximar-se dessa “loucura” que nele habita; como não a pode recordar, terá que a reviver, pois, esclarece Winnicott, as agonias impensáveis *não chegarão a pertencer ao passado a menos que possam ser experienciadas pela primeira vez no presente*. Isso significa que o paciente precisa atualizar o

---

<sup>8</sup> Quem nos fornece uma descrição simples e aguda do medo do colapso, é Ingmar Bergman. Aos 88 anos, um ano antes de sua morte, ele concedeu uma longa e derradeira entrevista à documentarista sueca Marie Nyreöd, em sua ilha de Faro, da qual resultou o filme-documentário *A Ilha de Bergman* (2006). Ao mesmo tempo em que mostra seu curioso e inusitado *habitat*, Bergman fala de sua história pessoal e de sua obra de cineasta, claramente autobiográfica. O documentário começa com Bergman caminhando no jardim de sua propriedade, dizendo: “Os demônios não gostam de ar fresco. Querem que você fique na cama, com medo”. No final do filme, ele volta aos seus demônios e diz para Marie ter feito a lista “de alguns deles”. O pior de todos, diz ele, é o demônio da catástrofe, do desastre: “A verdade é que tenho um alto estado de preparação para a catástrofe. Isso significa que você imagina que tudo o que faz num dia, tudo o que planeja fazer nos próximos dias dará extremamente errado”. Esse “estado de preparação” indica um alto grau de alerta e o sentimento da eminência do desastre, que nos pegará no virar da esquina. Depois desse, continua Bergman, vêm os demônios do medo, da raiva e do rancor. Ele diz ser grato à vida (?) pelo fato de não ter sido assolado pelo demônio do nada, que é “quando minha criatividade, ou fantasia, me abandona. As coisas ficam inteiramente silenciosas e vazias. E não há nada lá. Mas isso nunca me aconteceu”, completa.

trauma, trazê-lo para o presente e revivê-lo. E o fará – tendo uma vez retornado, por via de uma regressão à dependência, a um momento anterior ao trauma, e sendo-lhe oferecida a experiência de alta confiabilidade do *setting* – valendo-se de uma falha qualquer do analista, quase sempre uma que se assemelha à falha original. Isso não é difícil pois, como humanos e imperfeitos que somos, ela sempre acontece. Será essa a ocasião para que a falha, reproduzindo agora a falha ambiental original, seja experienciada pela primeira vez e percebida, com a ajuda do analista, como *falha do ambiente*. Note-se que, aqui, a falha do analista, que às vezes é maximizada pelo paciente de maneira delirante (*delusional*), é uma falha relativa à extrema suscetibilidade em que o paciente se encontra devido à regressão à dependência. (Uma falha grosseira e inteiramente objetiva não se presta a esta finalidade). Neste ponto, creio que vale a pena citar um trecho mais longo do texto de Winnicott, “Formas clínicas da transferência” (1955/1983):

Não devo ter sido o único a surpreender-se com a constatação de que enquanto um erro grosseiro pode provocar um prejuízo muito pequeno, um ligeiro erro de julgamento produz um efeito enorme. A chave para compreender isso é a de que a falha do analista está sendo usada e deve ser tratada como uma falha *antiga*, que o paciente pode agora perceber e abarcar (*encompass*), e zangar-se a respeito. O analista deve ser capaz de usar suas próprias falhas em termos de sua significação para o paciente, sendo necessário que ele assuma a responsabilidade (*account for*) sobre cada uma delas mesmo que isto implique examinar sua contratransferência inconsciente.

Nessas fases do trabalho analítico, aquilo que no tratamento de pacientes neuróticos seria chamado de resistência indica sempre que *o analista cometeu um erro*, ou agiu mal a respeito de algum detalhe. De fato, a resistência permanece até que o analista tenha se dado conta de seu erro e tentado responsabilizar-se por ele, fazendo uso dele. Se ele 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. (1955/1983, p. 397)

Se o analista sobrevive ao enfrentamento e não se defende, mas recebe e leva em conta o sentimento expresso pela queixa e pela acusação que o paciente lhe faz, este poderá, pela primeira vez, ter raiva, zangar-se e assim responsabilizar, por meio do analista, o ambiente original que impediu a continuidade de seu processo de amadurecimento. Naturalmente, isso só pode acontecer nas condições especiais 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.

Tudo isso, diz Winnicott, tem em si o germe da cura. É um processo de autocura que necessita, no entanto, da ajuda do analista (1963a/1983, p. 205). Este, naturalmente,

[...] fica perplexo por descobrir que o paciente é capaz de ficar cada vez mais louco, durante alguns minutos ou por uma hora no *setting* do tratamento, e, às vezes, a loucura

se espalha por sobre os limites da sessão. Exige considerável experiência e coragem saber onde se está, nessas circunstâncias, e perceber o valor que tem, para o paciente, chegar cada vez mais próximo de X [a loucura original] que pertence a este paciente individual. Entretanto, se o analista não for capaz de olhar para isto desta maneira – mas, por medo, por ignorância ou pela inconveniência de ter em suas mãos um paciente tão enfermo, ele tende a desperdiçar estas coisas que acontecem no tratamento – ele não poderá curar o paciente. Ele constantemente se descobre corrigindo a transferência delirante (*delusional*) ou, por uma maneira ou outra, trazendo o paciente de volta à sanidade, ao invés de permitir que a loucura se torne uma experiência administrável, da qual o paciente possa efetuar uma recuperação espontânea. (1965c/1994, p. 101)

Um pouco antes, no mesmo texto, encontra-se a advertência de que, se num caso como esse, a situação for abordada com uma premência psiquiátrica de curar, “a finalidade do colapso perde-se por completo já que, ao enlouquecer, o paciente persegue uma finalidade positiva e seu colapso não é tanto uma doença senão um primeiro passo em direção à saúde” (1965c/1994, p. 99).

Seja como for, é importante lembrar que, se o indivíduo é capaz de aproximar-se clinicamente da agonia impensável, é porque já há ali uma certa organização de ego, ou, melhor dizendo, um si-mesmo cujo nível de integração torna-o capaz de abarcar e elaborar esses traumas primitivos.

## 5. O analista e a regressão à dependência

Winnicott diz que, em nosso trabalho terapêutico com pacientes psicóticos, temos frequentes dúvidas sobre ser a bondade ou a maldade que nos motiva em nosso trabalho clínico, pois, muitas vezes, precisamos tornar doentes pessoas que são bem-sucedidas, que funcionam bem em sua vida e em sua família, e temos que as deixar doentes ao menos por um período de tempo; como parte do tratamento, o paciente terá que passar por um colapso, ou seja, pela quebra da organização defensiva artificial na qual leva a vida se equilibrando. Nesses casos, o analista precisará ser capaz de exercer o papel de mãe para o lactente do paciente.

Winnicott ilustra este ponto com o caso de uma mulher de 40 anos, sua paciente, que havia se tornado uma vitoriosa executiva no mundo dos negócios, desprezava os homens e dedicara a vida a provar que nada lhe faltava. , Por fim, “com o passado sendo todo apagado, esta pessoa muito doente, com um falso si-mesmo bem-sucedido, veio fazer tratamento. Ela veio para poder ter um colapso, para encontrar sua própria esquizofrenia, no que foi bem-sucedida” (cf. 1960a/2005, p. 98). Winnicott entrou em contato com o médico que a acompanhava e lhe disse “que se o tratamento andasse bem, ela entraria em crise e precisaria de cuidados” (cf. 1960a/2005, p. 99).

Assim como para o cuidado da mãe suficientemente boa, também para o cuidado terapêutico, em especial o que se ocupa de uma regressão à dependência, a palavra-chave é confiabilidade. Para dar a dimensão da confiabilidade necessária ao trabalho terapêutico, Winnicott afirma que, no trabalho analítico, cuidamos de ser confiáveis num sentido que só é possível sustentar no espaço estrito de nosso trabalho profissional. Pela confiabilidade, protegemos nossos pacientes do imprevisível, tanto com relação ao ambiente geral como na consistência de sermos nós mesmos e continuarmos a sê-lo em meio às inúmeras variações a que a relação estará sujeita pela própria vida e pelo próprio movimento e crescimento do paciente. Pela confiabilidade, estamos ainda atentos para que toda ação terapêutica seja guiada pela necessidade do paciente, não pela do analista ou da sua teoria.

Isso tudo está relacionado com o valor de sobrevivência do analista. No vocabulário clínico de Winnicott, confiabilidade e sobrevivência são duas palavras que se intercambiam. Um aspecto essencial da sobrevivência é não trair o pacto silencioso da dependência. O inadmissível é permitir e até propiciar ao paciente que ele mostre a sua imaturidade e, de repente, flagrar sua dependência, interpretando-a como se se tratasse de uma infantilidade a ser superada. Se no momento em que o bebê do paciente aparece para mostrar a dor e o medo, no mais das vezes desprovidos de lógica, falamos com o adulto que ali está a nossa frente, apontando para dados da realidade, isso seria uma traição, o exato avesso da confiabilidade.

## Referências\*

- Dias, E. O. (2011). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. In E. O. Dias, *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWWeditorial.
- Kafka, F. (1985). *Journal de Kafka*. Paris: Bernard Grasset.
- Nyreröd, M. (2006). *A ilha de Bergman (The island of Bergman)*. Sweden: SVT.
- Winnicott, D. W. (1949). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955). Formas clínicas da transferência. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago, 1983.

---

\* Sempre que possível, comparei as traduções brasileiras com os originais e, quando necessário, procedi a correções que, entretanto, não foram explicitamente indicadas.

- Winnicott, D. W. (1958a). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (Traduzido por Davy Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Título original: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-analysis*)
- Winnicott, D. W. (1958b). A família afetada por doença depressiva em um dos pais ou em ambos. In D. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 73-88). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1960a). O efeito da psicose na vida familiar. In D. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (p. 89-100). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1960b). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963a). Os doentes mentais na prática clínica. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 196-206). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963b). O medo do colapso. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1964). Resenha de Memories, Dreams, Reflections (C. J. Jung). In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 365-372). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965a). *A família e o desenvolvimento individual* (Traduzido por Marcelo Brandão Cipolla). São Paulo: Martins Fontes, 2005. (Título original: *The Family and Individual Development*)
- Winnicott, D. W. (1965b). *O ambiente e os processos de maturação* (Traduzido por Irineo Constantino Schuch Ortiz). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Título original: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*)
- Winnicott, D. W. (1965c). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1966a). A localização da experiência cultural. In D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 133-144). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1966b). Ausência do sentimento de culpa. In D. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 111-118). São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- Winnicott, D. W. (1967a). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 151-156). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- Winnicott, D. W. (1967b). O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (*self*). In D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 79-94). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- Winnicott, D. W. (1971). *O brincar e a realidade* (Traduzido por José Octávio de Aguiar Abreu & Vanede Nobre). Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Título original: *Playing and Reality*)
- Winnicott, D. W. (1984). *Privação e delinquência* (Traduzido por Álvaro Cabral). São Paulo: Martins Fontes, 1987. (Título original: *Deprivation and Delinquency*)
- Winnicott, D. W. (1987). *Os bebês e suas mães* (Traduzido por Jefferson Luiz Camargo). São Paulo: Martins Fontes, 1988. (Título original: *Babies and Their Mothers*)
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana* (Traduzido por Davi Litman Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Título original: *Human Nature*)
- Winnicott, D. W. (1989). *Explorações Psicanalíticas* (Traduzido por José Octávio de Aguiar Abreu). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Título original: *Psycho-Analytic Explorations*)