

***Comentário sobre o capítulo 23 do livro O ambiente e os processos de
maturação de Winnicott***

Z. Loparic
IBPW/IWA

Introdução

Este texto é uma *análise estrutural* comentada de parágrafos teóricos selecionados do capítulo 23, “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”, de *O ambiente e os processos de maturação*. Destina-se a estudiosos dedicados a ler e escrever sobre Winnicott. Em particular, pode servir de modelo para a produção de comentários similares. O estudo meticuloso dos textos é um pré-requisito da ciência. A posição de um aluno com formação científica pode ser comparada, diz Winnicott, à de um violoncelista, “que primeiro trabalha a *técnica* e depois começa realmente a tocar a *música*” (1971b/1984, p. 14). Ser criativo em ciência, arte ou filosofia depende muito do “estudo de tudo o que já existe” (1970/1999, p. 39).

Para que possa ser proveitoso em nível avançado, o estudo de textos científicos de Winnicott deve, a meu ver, levar em conta seus elementos estruturais, entre eles os dados (bibliográficos e outros) sobre o manuscrito e as versões publicadas do texto, o público-alvo, os objetivos, o conteúdo (principais grupos de tópicos discutidos), a ordem em que os tópicos são apresentados, as conexões lógicas entre eles e o lugar do texto na obra do autor. A fim de se chegar a uma visão geral desses elementos, é necessário examinar as sucessivas formulações dos resultados da pesquisa revolucionária de Winnicott rumo a um novo paradigma científico para a psicanálise e outras áreas da saúde dedicadas ao estudo e ao tratamento de distúrbios maturacionais.

As principais características estruturais do artigo de Winnicott terão títulos em negrito e subtítulos em itálico. Letras maiúsculas em negrito (**A**, **B**...) indicarão todas as citações comentadas. Os pontos principais de cada citação serão indicados por números em negrito entre parênteses ((**1**), (**2**)...) e os comentários sobre estes pontos serão identificados da mesma forma ((**1**), (**2**)...). Assim, os comentários podem ser tão precisos, detalhados e completos quanto se queira, e espero que os leitores considerem isso útil.

1. O texto e seu público-alvo

O texto foi publicado em 1963 como o último capítulo de *O ambiente e os processos de maturação*, e é baseado em um artigo apresentado por Winnicott na Boston Psychoanalytic Society em 1962. Este talvez seja o motivo pelo qual o título e algumas afirmações referem-se especificamente à dependência no *setting* psicanalítico, ao passo que o texto em si considera também o *setting* familiar não psicanalítico (ver abaixo). Em outros escritos, Winnicott também se dirige a públicos muito diferentes, fora da psicanálise, desde médicos, psicólogos, assistentes sociais e professores até pais e representantes de instituições educacionais e de saúde.

2. O objetivo: o estudo da dependência no tratamento e no início da vida familiar

A 1963/1983, p. 226

Meu objetivo geral é relacionar a dependência na transferência psicanalítica à dependência em vários estágios do cuidado do lactente e da criança.

Comentário: No geral, o Capítulo 23 trata de um ponto do resumo no Capítulo 3 (ver 1960a/1965, p. 55), que orienta como compreender o livro inteiro: 1) a principal característica da lactância e da infância (e, em diferentes graus, de todos os períodos do ciclo de vida de um indivíduo) é a dependência do ambiente sustentador (*holding environment*); 2) um ambiente sustentador suficientemente bom facilita os processos maturacionais em suas linhas principais e um insuficiente bom os distorce ou até os impede; 3) esses dois aspectos do ambiente sustentador podem ou não aparecer na transferência se, mais tarde, o bebê vier a ser submetido a tratamento. Este último ponto é o tema principal do Capítulo 23. As crianças diferem dos bebês por novas conquistas maturacionais e exigem novos tipos de cuidados tanto na saúde como na doença, que corresponderão a diferentes tipos de dependência na transferência: transferência psicótica, transferência antissocial e, indiretamente, também transferência psiconeurótica (ver abaixo).

B 1963/1983, p. 225

(1) Não há nada de novo na ideia de dependência, tanto na vida inicial do indivíduo como na transferência que ganha impulso à medida que decorre o tratamento psicanalítico. (2) O que acho que deve ser reexaminado de tempos em tempos é a relação entre estes dois tipos de dependência.

Comentário: (1) A ideia de dependência é rotineira para pediatras e psiquiatras infantis e está se tornando bem conhecida pelos analistas. (2) O reexame é necessário por causa dos avanços na pesquisa, um exemplo disso pode ser encontrado na teoria sobre o uso terapêutico das falhas do terapeuta, conforme discutido no final do capítulo.

Leitura complementar:

1. Lugar de destaque da palavra “dependência” no vocabulário de Winnicott

C 1963/1983, p. 43

(1) A palavra-chave nesta parte do estudo é *dependência*. Os lactentes humanos não podem começar a ser exceto sob certas condições. [...] (2) Este [potencial] é herdado, e é legítimo estudar este potencial herdado do indivíduo como um tema separado, *desde que sempre seja aceito que o potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno*.

Comentário: (1) O “ser” dos indivíduos humanos só começa na relação de dependência com outros seres humanos já existentes. No início da vida, “ser” significa basicamente “estar em contato”, relacionar-se com o ambiente inicial e, nele, com outros seres humanos que já estão ali existindo de modo mais maduro. (2) Explica que o aspecto principal da provisão ambiental para o desenvolvimento saudável do potencial de ser é o *cuidado*, oferecido inicialmente pela mãe.

2. Dependência: diferenças entre Freud e Winnicott

D 1959-1964/1983, p. 122

(1) Tem se reconhecido nos últimos anos que [...] é necessário para o analista antes de mais nada propiciar condições que permitam ao paciente delegar ao analista a carga do ambiente internalizado, e assim se tornar uma criança altamente dependente, mas imatura e real; então, e somente então, o analista pode analisar o *self* verdadeiro. (2) Isso poderia ser uma enunciação atual da dependência anaclítica de Freud, em que o impulso instintivo cede ao auto preservativo. Dependência no paciente esquizoide ou no caso *borderline* no analista é uma realidade marcante, de modo que muitos analistas preferem evitar o encargo e selecionam os seus pacientes cuidadosamente.

Comentário: (1) Winnicott tem em vista pacientes psicóticos. (2) Deve-se ressaltar que a dependência anaclítica de Freud é um conceito biológico totalmente diferente: refere-se ao instinto de conservação e não implica comunicação com o si-mesmo verdadeiro do paciente. A reformulação “atual” de Winnicott é uma admissão tácita de uma mudança de paradigma bastante significativa ocorrendo em seu pensamento naquele período (início dos anos 1960). Ver 1960/1983; e Dias, 2022.

3. Falhas ao atender a dependência no tratamento

3.1 O tema principal do capítulo

E 1963/1983, p. 225

(1) Não preciso citar Freud. (2) A dependência do paciente, do analista, foi sempre reconhecida e inteiramente admitida e se revela por exemplo na relutância do analista em aceitar um paciente novo um ou dois meses antes de longas férias de verão. (3) O analista teme, com razão, que a reação do paciente à interrupção envolverá mudanças profundas que ainda não estão disponíveis para análise. (4) Começarei com os desenvolvimentos deste tema.

Comentário: (1) Não é necessário nem suficiente citar Freud. (2) A relação entre dependência no início da vida e em *settings* terapêuticos profissionais não é, a rigor, psicanalítica, pois o problema de lidar com a dependência foi reconhecido desde os primórdios da prática médica e, mais recentemente, na psiquiatria infantil. (3) Perturbações na relação de dependência implicam mudanças existenciais profundas, tanto no início da vida humana como no tratamento; estas são produzidas no paciente psicótico por uma ruptura na relação de transferência, provocada por falhas do terapeuta que desalentem o paciente. Tais alterações não podem ser tratadas pela análise psicanalítica e devem ser debeladas por outros procedimentos, como se verá. (4) O artigo começará com um exemplo das mudanças profundas (provocadas de tal ruptura) no quadro clínico da paciente que sonhou com uma tartaruga.

3.2 Caso ilustrativo

a) Alguns fatos clínicos do caso

F 1963/1983, p. 225

(1) Uma jovem paciente teve de esperar alguns meses antes de poder começar e então pude vê-la somente uma vez por semana; mais tarde consegui para ela sessões diárias (2) exatamente quando tinha ficado de viajar para o exterior por um mês. (3) A reação à análise foi positiva e o desenvolvimento, rápido. Verifiquei que esta mulher independente se tornou, em seus sonhos, extremamente dependente.

Comentário: (1) A paciente obviamente queria análise, que seguiu o formato comum de sessões semanais. (2) Houve então uma interrupção, relacionada a questões pessoais de Winnicott, que significou, em certa medida, que ele havia deixado a paciente desamparada. (3) Antes da falha, a paciente passara por uma extrema regressão à dependência do terapeuta, revelada em sonhos, indicando o início rápido da recuperação.

b) O sonho com a tartaruga

G 1963/1983, p. 225

(1) Em um sonho ela tinha uma tartaruga, mas a casca era mole, de modo que o animal estava desprotegido e portanto poderia sofrer. (2) De modo que no sonho ela matava a tartaruga para salvá-la do sofrimento intolerável que viria a ter. (3) A tartaruga era ela mesma e indicava uma tendência ao suicídio. Era para curar essa tendência que ela tinha vindo se tratar.

Comentário: A viagem do terapeuta ao exterior significou o rompimento da relação terapêutica. A natureza exata da falha e do trauma resultante será discutida mais adiante. (1) A paciente reagiu intensamente ao rompimento, e as mudanças bastante dolorosas em seu estado clínico foram reveladas em um sonho, isto é, uma projeção mental para o mundo exterior (a tartaruga). (2) Matar a tartaruga significaria suicidar-se – a defesa projetada pela paciente contra o colapso, a ansiedade e o sofrimento extremos e impensáveis. (Winnicott, aqui, se torna mais técnico e preciso). (3) O primeiro diagnóstico parcial (implícito) foi: a ideia de suicídio surgida no tratamento revela tendência suicida, que foi também o movimento defensivo original da

paciente contra a agonia impensável resultante do colapso original, provocado pelo padrão de falhas de sua mãe (ver abaixo).

c) Reações automáticas de defesa da paciente

H 1963/1983, pp. 225-226

O problema era que ela, em sua análise, ainda não tinha tido tempo para lidar com suas reações ao meu afastamento, de modo que ela teve este sonho de suicídio, embora de modo obscuro.

Comentário: No tratamento, afora o sonho defensivo produzido pelo mecanismo mental de projeção, surgiram novos sintomas corporais de uma doença psico-somática¹, representando uma organização pré-mental de defesa: a despersonalização, a perturbação da morada no corpo.

d) Interpretação: diagnóstico e etiologia dos sintomas psico-somáticos

I 1963/1983, p. 226

(1) Antes de ir, eu apenas tinha tempo para capacitá-la a perceber uma relação entre a reação física e minha partida. Minha partida reconstituiu um episódio traumático ou uma série de episódios de seu próprio tempo de lactente. Era, por assim dizer, como se eu a estivesse sustendo e então ficasse preocupado com algum outro assunto, de modo que ela se sentiu *aniquilada*. Esta foi sua palavra para aquilo. (2) Ao se matar ela conseguiria controle sobre ser aniquilada no momento de ser dependente e vulnerável. No seu eu e corpo sadios, com seus tremendos impulsos para viver, ela tinha carregado por toda a sua vida a lembrança de ter tido alguma vez um tremendo desejo de morrer; e agora a doença física vinha como uma localização em um órgão do corpo desse desejo tremendo de morrer. (3) Ela se sentia desamparada em relação a isso até que pude interpretar para ela o que estava ocorrendo, pelo que se sentiu aliviada e se tornou capaz de me deixar partir. (4) Incidentalmente, sua doença física diminuiu como ameaça e começou a melhorar, parcialmente, é claro, porque ela estava recebendo tratamento apropriado.

Comentário: (1) A interpretação de Winnicott dos sintomas psico-somáticos da paciente consiste em dizer que eles: a) estão relacionados a seu afastamento, ou seja, a sua falha no tratamento, que desalentou a paciente; b) são uma repetição de perturbadores sintomas corporais pré-sexuais na infância, manifestando-se agora no funcionamento perturbado do corpo; c) não são uma reação histérica motivada sexualmente; e d) revelam falhas anteriores no *holding* da mãe, repetidas agora pela falha de Winnicott em fornecer *holding* confiável no *setting*. Tais sintomas indicam não apenas uma perturbação no funcionamento de um órgão do corpo, mas também, e mais significativamente, a ameaça de desintegração, de um tipo de despersonalização, de colapso da estrutura da personalidade. É importante ressaltar que o sonho da tartaruga e os distúrbios psico-somáticos resultaram não de conflitos internos no manejo dos instintos, mas da relação de dependência com o terapeuta durante o tratamento. (2) Matar (suicidar-se) significava, paradoxalmente, uma tentativa de adquirir controle sobre uma dolorosa cisão da personalidade, sobre os dois tipos de sintomas: a forte urgência de viver e a

¹ Ao introduzir essa grafia, sigo Winnicott, que, por motivos teóricos (ver 1964/1989, p. 103) escreve “psycho-somatic”, com hífen, e não “psychosomatic”, como usual em inglês.

urgência de morrer de vez. (3) A interpretação maturacional de Winnicott é bem recebida e eficaz. (4) Recuperação somática parcial.

e) Winnicott corrige sua falha. Interpretação como cuidado

J 1963/1983, p. 226

(1) Se houvesse necessidade de ilustrações, isto poderia demonstrar o risco de se subestimar a dependência da transferência. O surpreendente é que uma interpretação pode levar a uma mudança e se pode apenas presumir que a compreensão em nível profundo e a interpretação no momento exato são formas consistentes de adaptação. (2) Neste caso, por exemplo, a paciente se tornou capaz de enfrentar minha ausência porque sentiu (em um nível) que agora ela não estava sendo aniquilada, mas, de modo positivo, estava sendo mantida em existência por ter uma realidade como objeto de minha preocupação. (3) Um pouco mais tarde, em uma dependência mais completa, a interpretação verbal não seria suficiente, ou poderia ser dispensada.

Comentário: (1) Os comentários teóricos sobre a eficácia do tipo certo de interpretação começam aqui. (2) O que a interpretação alcançou neste caso? Não decodificou o inconsciente reprimido, mas permitiu uma compreensão profunda no momento certo, quando uma adaptação confiável para fortalecimento do ego foi necessária. (3) Este é um aspecto teórico do *procedimento terapêutico total* de Winnicott: a interpretação pode ser necessária e eficaz em determinada fase do tratamento, mas não é suficiente e pode até ser eliminada e substituída pelo manejo (ver detalhes abaixo).

4. Interpretação ou cuidado: mudança de paradigma, da análise tradicional para os procedimentos winnicottianos de resposta total do analista

4.1 Duas alternativas para a continuação do tratamento

Nesse momento, Winnicott reflete se deve prosseguir o tratamento mediante uma análise tradicional dos fatores internos, isto é, de conflitos internos a pessoas inteiras relativos à satisfação das necessidades instituais, ou mediante o manejo das necessidades do ego combinado com análise maturacional, levando em conta fatores etiológicos e terapêuticos externos².

K 1963/1983, p. 226

(1) Observar-se-á que eu poderia ir em cada uma das duas direções, começando de um fragmento de uma análise. Uma direção nos levaria à análise da reação à perda e assim à parte principal daquilo que aprendemos em nosso treinamento psicanalítico. (2) A outra direção nos leva ao que eu quero discutir neste estudo. Esta outra orientação me leva à compreensão que temos em nós mesmos e que nos faz saber que devemos evitar viajar logo após iniciar uma análise. (3) É a percepção da vulnerabilidade do ego do paciente, o oposto à força do ego. (4) Satisfazemos as necessidades dos pacientes de inúmeras formas, porque sabemos mais ou menos como o paciente está se sentindo, e podemos encontrar o equivalente do paciente em nós mesmos. (5) Isso tudo é feito silenciosamente, e o paciente habitualmente permanece inconsciente do que fazemos bem, mas se torna consciente do papel que desempenhamos quando as coisas vão

² Sobre a diferença entre as necessidades do ego e as do id, ver 1960a/1983, p. 129 (no original 1960b/1965, p. 141).

mal. É então, quando falhamos a este respeito, que o paciente reage ao imprevisível e sofre uma quebra da continuidade de sua existência. (6) Eu quero considerar este ponto em particular mais tarde neste estudo, ao discutir o estudo de Zetzel no Congresso de Genebra (1956).

Comentário: (1) Possíveis direções do tratamento: a convencional, tal como ensinada na formação psicanalítica tradicional, ou a nova, winnicottiana, a ser discutida neste capítulo. (2) Importância de estar ciente da relevância etiológica da atitude do terapeuta, isto é, do papel dos fatores externos na etiologia dos distúrbios maturacionais. (3) Atenção à vulnerabilidade da paciente e à força ou fraqueza de seu ego, ou seja, à força ou fraqueza da integração que ela alcançou, não a seus possíveis conflitos internos. (4) Tratamento das necessidades do ego baseado na identificação cruzada (ainda que não nomeada como tal), como parte dos procedimentos winnicottianos de resposta total do analista (sobre esta expressão, ver 1960b/1965, p. 164). (5) Sobre o efeito traumático das falhas imprevisíveis do terapeuta que interrompem a “continuidade de ser” da paciente e reproduzem o colapso original causado pela mãe. (6) A natureza traumática das falhas dos pais e do terapeuta será discutida mais adiante no artigo.

4.2 Mais sobre as diferenças entre a etiologia tradicional e a winnicottiana. Exemplos de mudança de paradigma

L 1963/1983, pp. 226-227

(1) Ver-se-á que estou envolvido na tentativa de avaliar o fator externo. (2) Posso considerar fazer isso sem que se imagine que estou voltando ao que a psicanálise sempre defendeu nos últimos quarenta anos em psiquiatria de crianças. (3) A psicanálise defendeu o fator pessoal, os mecanismos envolvidos no crescimento emocional do indivíduo, os esforços e tensões internas que levam o indivíduo à organização de defesas, e a visão da doença neurótica como evidência de uma tensão intrapsíquica que está baseada nos impulsos do id que ameaçam o ego do indivíduo. (4) Mas aqui retornamos à vulnerabilidade do ego e portanto à dependência.

Comentário: (1) Um ponto importante do artigo é introduzido explicitamente: a etiologia baseada em fatores externos, não internos. (2) Anúncio de mudanças radicais, em relação à teoria ortodoxa, da etiologia em psicanálise e na psiquiatria infantil. (3) O fator pessoal e os conflitos internos: fatores traumáticos na psicanálise tradicional. Etiologia baseada em conflitos internos. (4) Fatores externos relacionados à vulnerabilidade e à dependência.

4.3 Problemas com a mudança de paradigma

a) O estado do estudo psicanalítico dos fatores externos

M 1963/1983, p. 227

(1) É fácil verificar por que os psicanalistas relutaram em escrever sobre o fator ambiental, uma vez que tem sido frequentemente verdade que aqueles que tentaram ignorar ou negar o significado das tensões intrapsíquicas ressaltaram principalmente o fator externo desfavorável como causa de doença na psiquiatria infantil. (2) Contudo, a psicanálise está agora bem estabelecida e podemos nos permitir examinar o fator externo tanto bom como mau.

Comentário: (1) Winnicott explica que a posição reacionária da psicanálise ortodoxa é baseada em duas suposições atribuídas erroneamente aos defensores da relevância etiológica dos fatores externos, nenhuma das quais ele compartilha: 1) o desejo de ignorar ou negar o significado de conflitos intrapsíquicos; e 2) ênfase real ou atribuída a fatores externos *ruins* (ver análise da afirmação de Zetzel abaixo). Ambas as características estão ausentes na proposta de Winnicott. **(2)** Naquele momento (1962), a psicanálise era uma disciplina científica suficientemente madura para sofrer mudanças revolucionárias sem ser destruída.

b) A formação de um analista suficientemente bom é uma exigência até mesmo da psicanálise ortodoxa

N 1963/1983, p. 227

(1) Se aceitamos a ideia de dependência, então começamos já a examinar o fator externo, e **(2)** na verdade quando dizemos que um analista deve ser treinado estamos dizendo que um fator essencial para a análise ortodoxa é um fator externo, isto é, o *analista suficientemente bom*. **(3)** Tudo isso é evidente por si só; ainda assim posso encontrar aqueles que ou nunca mencionam este fator externo como sendo realmente importante ou então falam dele todo o tempo, ignorando os fatores internos no processo.

Comentário: (1) Se aceitarmos as ideias de que a) o bebê humano só é capaz de desenvolver seu potencial herdado e se tornar um indivíduo saudável por meio de relacionamentos de dependência e de um ambiente humano facilitador, e b) a ausência de saúde no início da vida resulta de falhas do ambiente em oferecer a facilitação necessária nessa idade, já estaremos considerando fatores externos bons e ruins. **(2)** Essas ideias são, evidentemente, bastante relevantes para a prática clínica e, também, para a formação de analistas, mesmo nas escolas psicanalíticas ortodoxas, embora **(3)** sejam sistematicamente ignoradas ou banalizadas e, portanto, tornadas irrelevantes.

c) A estrutura da personalidade do terapeuta como um fator externo

O 1963/1983, p. 227

No exame deliberado do fator externo, estou por isso empenhado em descrever a personalidade do analista, sua capacidade para se identificar com o paciente, o equipamento técnico e assim por diante, até os vários detalhes do cuidado da criança, e então, de modo mais específico, o estado especial em que está a mãe (e talvez também o pai, embora ele tenha menos oportunidade de demonstrá-lo) no curto espaço de tempo cobrindo os últimos estágios da gravidez e primeiros meses da vida do lactente.

Comentário: Afirma o papel fundamental da capacidade de identificação cruzada na prática clínica winnicottiana e sua relação com o cuidado parental dos filhos.

d) Modelo parental para lidar com fatores externos

P 1963/1983, p. 227

A psicanálise como aprendemos não é de forma alguma igual ao cuidado da criança. De fato, os pais que interpretam o inconsciente para seus filhos estão se preparando para mau tempo. Mas na parte de nosso trabalho como analistas a que estou me referindo, não há nada do que fazemos que não esteja relacionado com o cuidado do lactente e da criança. Nesta parte de nosso trabalho podemos na verdade aprender o que fazemos por sermos pais, por termos sido crianças, por

observar mães com bebês muito pequenos ou que ainda não nasceram, por correlacionar falhas dos pais com estados clínicos subsequentes de crianças doentes.

Comentário: Uma asserção fundamental: a psicanálise ensinada nas escolas psicanalíticas tradicionais é diferente tanto do que se aprende com os pais como do que se ensina hoje nas escolas winnicottianas.

e) Prévia de dois comentários futuros no capítulo sobre psicose e experiência corretiva

Q 1963/1983, p. 227

(1) Embora saibamos que a doença psiconeurótica não é causada pelos pais, sabemos também que a saúde mental da criança não se pode estabelecer sem cuidado paterno ou materno suficientemente bons. (2) Sabemos ainda que uma experiência ambiental corretiva não cura diretamente o paciente mais do que um mau ambiente causa diretamente a estrutura da doença. Referir-me-ei novamente a isto no final deste estudo.

Comentário: (1) Ao contrário da aquisição de saúde mental e da prevenção da psicose, a neurose não depende diretamente do ambiente. (2) Antecipação do que será dito no final do artigo, após uma discussão com Zetzel sobre doenças psiconeuróticas e experiências ambientais corretivas.

f) Tratamento adverso apesar de boas interpretações dos impulsos instintuais

R 1963/1983, p. 228

(1) Eu tinha muito material neste caso para interpretação da reação do paciente à minha partida em termos de sadismo oral que faz parte do amor reforçado pela raiva – raiva de mim e de todos os outros em sua vida que a tinham deixado, incluindo a mãe que a desmamara. (2) Eu poderia ter avaliado os prós e os contras, totalmente justificado em termos do que a paciente me relatara, mas então teria sido um mau analista fazendo uma boa interpretação. Teria sido mau analista por causa do modo que o material me tinha sido apresentado.

Comentário: (1) Alusão à discussão sobre as duas partes do procedimento terapêutico total de Winnicott: interpretar e tratar problemas instintuais e sua elaboração por mecanismos mentais, de um lado, e defrontar a regressão à dependência, de outro. (2) Teoricamente, no caso do sonho da tartaruga, existe desde o início a possibilidade de interpretação tradicional. Contudo, isso seria clinicamente nocivo nos estágios iniciais do tratamento, pois a dependência é a característica dominante.

g) Perigos das más análises em geral

S 1963/1983, pp. 228-229

(1) Esta fase de dependência seria muito dolorosa para a paciente, e ela o sabia, e um risco de suicídio se associava a isso, mas, como ela dizia, não havia outro jeito. (2) [...] se seu analista não fosse capaz de se defrontar com sua dependência de modo que a regressão se tornasse uma experiência terapêutica ela sucumbiria em uma doença psicossomática que traria o tão necessitado cuidado, mas não o *insight* ou o cuidado mental que pode realmente fazer a diferença. O analista deveria saber por que o paciente preferivelmente se suicidaria a viver sob a ameaça do aniquilamento.

Comentário: (1) Na análise de Winnicott, a dependência iminente é muito dolorosa, pois a paciente está se aproximando de seu colapso original, o que traz consigo o risco de suicídio; a dor, porém, se torna tolerável quando terapeuta é capaz de defrontar a dependência. (2) Se a regressão não for atendida e não levar à recuperação, a doença psico-somática torna-se então uma alternativa ao suicídio.

h) Necessidade de aceitar novas descobertas, algumas delas corrigindo Freud

T 1963/1983, p. 227

Como disse Zetzel em um seminário recentemente: de início Freud pensou que todas as pessoas neuróticas tinham tido um trauma sexual na meninice, e mais tarde descobriu que o que elas tinham tido era desejos. Então por muitas décadas presumimos nos escritos analíticos que não existia tal coisa como traumas sexuais reais. Agora temos que admitir isso também.

Comentário: Fatores sexuais externos precisam ser admitidos, ainda que contrariem a negação explícita de sua relevância etiológica na segunda versão da teoria da sedução de Freud (a qual, aliás, revelou-se bastante danosa ao desenvolvimento da psicanálise).

i) Aplicação ao presente caso

U 1963/1983, p. 229

(1) Ao examinar este material deste modo, chegamos ao ponto em que estamos discutindo tanto a análise como a satisfação das necessidades de dependência. (2) Uma corrente de “boas” interpretações relativas ao conteúdo geral da sessão produziria raiva ou excitação e (3) não era possível ainda para esta paciente se defrontar com todas essas experiências emocionais. (4) Seria portanto ruim nos termos de minha conceituação atual do processo analítico interpretar os vários aspectos que se relacionam com a separação prematura.

Comentário: (1) A análise deve ser combinada no devido tempo com o *holding*, o atendimento de necessidades da integração. (2) A análise tradicional, se não for bem feita, produz raiva; se for bem feita, gera contentamento. (3) No presente caso, a análise tradicional não produziria nenhum desses efeitos, porque o ego da paciente não era capaz de acomodar emoções fortes como raiva e contentamento³. (4) Por isso, é má análise ir interpretando em vez de manejar dados clínicos relativos aos problemas gerados pela separação prematura do bebê da mãe.

5. Dependência nos cuidados infantis e no tratamento de problemas da infância

5.1 Aspectos gerais dos cuidados infantis

Seguem-se no capítulo uma discussão sobre dependência no cuidado de crianças, um caso, a identificação do caso como pertencente à psiquiatria infantil e uma observação conectando manejo parental e tratamento psicanalítico.

³ Ver estudo dessa característica do caso em Loparic, 2023

V 1963/1983, pp. 229-230

Em termos de *cuidado infantil*, gostaria de exemplificar regressão a serviço do ego examinando as fases de mimo que os pais verificam precisarem as crianças de tempos em tempos – pais, isto é, que não mimam seus filhos por causa de suas próprias ansiedades. Tais fases de mimo podem melhorar sem o envolvimento de um médico ou de uma clínica de orientação infantil. É difícil citar um caso sem fazer parecer que seja raro, mas estes assuntos são experiência comum na vida em família, quando os pais cuidam de seus filhos. Por poucas horas, ou dias ou semanas, em um contexto particular, a criança é tratada como se fosse menor do que de fato é cronologicamente. Algumas vezes sucede que a criança bate a cabeça ou corta o dedo; vai num instante de quatro para dois anos e fica chorando e se consolando com a cabeça no colo da mãe. Após um tempo, ou depois do sono, está de novo crescida e ainda mais do que se esperaria de sua idade.

Comentário: Winnicott começa a discutir os paralelos entre a dependência no cuidado de crianças e no tratamento de processos maturacionais distorcidos na infância, e apresenta uma visão geral da sintomatologia.

5.2 Um caso

a) Falha ambiental e sintomas antissociais

X 1963/1983, p. 229

(1) Eis um menino de dois anos (Winnicott, 1963). Reagiu muito mal aos vinte meses à ansiedade que sua mãe experimentou quando concebeu. Fazia parte de seu padrão ficar extremamente ansiosa com a concepção. (2) Ele interrompeu o uso do urinol e a fala e seu progresso ulterior foi detido. Quando o nenê nasceu, ele não ficou hostil ao mesmo mas queria que lhe dessem banho, como ao pequeno. Com o dar de mamar ao bebê ele começou a chupar o dedo, o que não era parte de seu padrão anterior. (3) Fez exigências especiais à indulgência de seus pais, precisando dormir na cama deles por vários meses. Sua linguagem ficou detida.

Comentário: (1) Etiologia: a mãe “depriva” a criança devido a suas dificuldades pessoais com a gravidez de um novo bebê. (2) Esses são os sintomas que revelam regressão instintual, (3) Mais sintomas que revelam regressão social e mental.

b) A dinâmica e as fases do tratamento por pais atuando como terapeutas no *setting* familiar.

W 1963/1983, p. 230

(1) Os pais enfrentaram todas essas mudanças e exigências de modo satisfatório, mas os vizinhos disseram que eles estavam mimando o menino. (2) Eventualmente o menino emergiu desta regressão ou recuo e os pais puderam acabar com o mimo quando ele tinha oito anos, (3) depois de ter passado por uma fase em que estava roubando dinheiro deles.

Comentário: (1) Sucesso do tratamento da regressão mediante mimo dos pais, sem necessidade de ajuda médica. (2) As fases do mimo. (3) Ao final, surgimento de sintomas que permitem um diagnóstico de tendência antissocial (que, no entanto, permanece implícito). Sobre o diagnóstico, ver observação sobre deprivação em 1963/1983, p. 232, e meus comentários abaixo.

6. Reflexões sobre psiquiatria infantil

6.1 Primeiro manejo, depois interpretação

Y 1963/1983, p. 230

(1) Este é um tipo comum de caso em psiquiatria de crianças, tanto quanto sei, especialmente na clínica particular, em que as crianças são trazidas por sintomas que, em clínica de orientação de crianças, poderiam ser considerados insignificantes. (2) Tem sido uma parte importante de minha orientação na psiquiatria infantil que em tais casos não se cogita, de início, de psicanálise; cogita-se de apoio a esses pais em sua condução da infância de seus filhos. Pode-se estar na posição de, naturalmente, prover assistência psicanalítica ao mesmo tempo que os pais estão se encarregando da amamentação mental do paciente, mas é uma tarefa formidável tratar tais casos pela psicanálise se não há a provisão paterna que satisfaça as necessidades de amamentação mental. (3) Sem esta, o psicanalista realizando a psicanálise pode ter de lidar com o paciente não só sonhando com ser cuidado pelo analista em casa deste como também de realmente ser adotado por este.

Comentário: (1) Estes são casos típicos da clínica particular de Winnicott, que lhe permitiram identificar e coletar sintomas não valorizados em outros *settings* (por exemplo, na orientação infantil da época) e formular novas perspectivas teóricas em psiquiatria infantil. (2) Apreciação do valor terapêutico do manejo parental, que pode ser proveitosamente auxiliado pela psicanálise winnicottiana. (3) Sobre certas vantagens da prática familiar sobre a psicanálise tradicional em geral (em alguns casos, Winnicott não logrou levar um paciente criança para sua casa⁴). Daí a necessidade de admitir teoricamente e de acolher tratamentos baseados no cuidado da criança e não apenas na psicanálise. A perspectiva de Winnicott é explicada mais detalhadamente abaixo.

6.2 Implicações teóricas

Z 1963/1983, p. 230

Um corolário disto é que quando uma análise ortodoxa de criança tem êxito há um reconhecimento a ser feito por parte do analista de que os lares dos pais, parentes, auxiliares, amigos, etc., fizeram quase a metade do tratamento. Não precisamos proclamar esse reconhecimento em voz alta, mas precisamos ser honestos sobre estas questões da dependência do paciente quando estamos concebendo a teoria.

Comentário: No tratamento de casos antissociais, a falha do terapeuta não é terapêuticamente útil, visto que, por hipótese, não houve colapso nos estágios iniciais e a ansiedade impensável resultante da privação é apenas um fenômeno clínico temporário que desaparece quando é garantido um ambiente confiável e não retaliatório, oferecendo oportunidades de recuperação. No tratamento de casos borderline e esquizoides, no entanto, as falhas do terapeuta que correspondem ao que paciente necessita são uma parte integral do tratamento. Ver Dias, 1994/2011.

⁴ Ver 1947/2000.

7. Discussão com Zetzel sobre a natureza dos traumas precoces

7.1 Os pontos de vista de Zetzel

Depois de discutir a dependência no cuidado de crianças, os distúrbios correspondentes e seu tratamento em psiquiatria infantil, Winnicott retoma a questão da dependência no cuidado de lactentes e discute a etiologia desses distúrbios comentando um artigo de Zetzel em que ela se refere a seus pontos de vista.

AA 1963/1983, pp. 230-231

Quero aqui me referir ao trabalho de Zetzel (1956). [...] Ela escreve: “Outros analistas – o Dr. Winnicott, por exemplo – atribuem psicose principalmente a experiências traumáticas severas, particularmente de privação na infância inicial. Conforme este ponto de vista, a regressão profunda oferece uma oportunidade de satisfazer, na situação de transferência, as necessidades primitivas que não foram satisfeitas ao nível apropriado do desenvolvimento. Sugestões semelhantes foram propostas por Margolin e outros.”

Comentário: Zetzel atribui erroneamente a Winnicott a ideia de que a psicose resulta de “experiências traumáticas graves” em qualquer idade e da “deprivação”.

7.2 Críticas à perspectiva de Zetzel

AB 1963/1983, p. 231

(1) De início, atribuo eu psicose principalmente a experiências traumáticas severas, parcialmente por privação na infância inicial? [...] Afirmei decididamente que na etiologia da doença psicótica e em particular da esquizofrenia (exceto na extensão em que os elementos hereditários estão atuantes) tem de se atentar para uma falha no processo total do cuidado do lactente. Em um estudo fui até o ponto de afirmar: “Psicose é uma doença de deficiência do ambiente”. (2) Zetzel emprega a expressão “experiências traumáticas severas” e estas palavras implicam a ocorrência de acontecimentos ruins, coisas que parecem ruins do ponto de vista do observador. (3) As deficiências a que estou me referindo são falhas da provisão básica-como minha partida para os Estados Unidos quando minha paciente não está pronta para as reações que devem ocorrer nela com minha partida. (4) Em outros estudos examinei com grandes detalhes os tipos de falhas que constituem falhas da provisão básica. O ponto principal é que essas falhas são imprevisíveis; não podem ser consideradas pelo lactente como projeções, porque este não chegou ainda ao estágio de estrutura do ego que torna isto possível e o resultado é o *aniquilamento* do indivíduo. A continuidade de sua existência é interrompida.

Comentário: (1) Winnicott reafirma sua ideia já exposta em 1948 (ver 1948/1958, p. 162) anterior de que a psicose (esquizofrenia) é uma doença de deficiência ambiental e que falhas no comportamento da mãe (ou cuidador/a) constituem um fator traumático externo essencial na lactância. (2) Segundo Zetzel, Winnicott atribui a origem da psicose a experiências más, traumáticas e severas *do ponto de vista objetivo de um adulto*. (3) Winnicott inicia sua crítica lembrando exemplos de fatores traumáticos winnicottianos presentes no caso do sonho da tartaruga, a saber, falhas na *provisão básica*, seja na terapia (como sua ida aos Estados Unidos), seja no cuidado da lactente, *do ponto de vista de um bebê/paciente imaturo que regrediu à dependência extrema*. (4) Winnicott argumenta que, nos estágios iniciais da vida, os fatores traumáticos não precisam ser eventos adversos graves no relacionamento mãe-bebê, mas

simplesmente eventos imprevisíveis e impermeáveis a mecanismos mentais (porque estes ainda não estão disponíveis). Não resultam em frustração instintual, mas em aniquilação, isto é, a interrupção da continuidade do ser e do estabelecimento do si-mesmo unitário.

7.3 Relevância do tema para o tratamento de casos *borderline* e para a teoria da esquizofrenia

AC 1963/1983, p. 231

Alegro-me de ter a oportunidade de citar esta descrição de minha atitude sobre este tema, um tema que tem grande importância porque um dos pontos de crescimento da psicanálise é o do tratamento de pacientes *borderline* e a tentativa de formular uma teoria das doenças psicóticas, especialmente a esquizofrenia.

Comentários: Casos *borderline* são os principais exemplares da patologia maturacional winnicottiana como foi apontado por Dias, 1994.

7.4 Prevenção de traumas que levam à aniquilação na lactância

AD 1963/1983, p. 231

(1) As mães que não são doentes na verdade evitam este tipo de falha no cuidado do lactente. (2) Sob o título de "preocupação materna primária", me referi às profundas mudanças que ocorrem na mulher que está tendo um bebê e minha opinião é que este fenômeno, tenha o nome que se queira, é essencial para o bem-estar do lactente. É essencial porque sem ela não existe ninguém que esteja suficientemente identificado com o lactente para saber o que ele necessita, de modo que fica faltando a porção básica de adaptação. (3) Compreende-se que não estou me referindo a adaptação em termos de satisfazer os instintos do id.

Comentário: (1) Mães saudáveis evitam falhas traumáticas que geram defesas psicóticas. (2) Elas o fazem desenvolvendo sua *preocupação materna primária*. (3) Uma observação essencial: a mãe ou terapeuta que provoca um trauma psicotizante não falhou em termos das necessidades do id do bebê (necessidades instintuais), mas das necessidades do seu ego, aquelas que surgem da tendência à integração.

8. Visão geral da teoria de Winnicott dos fatores etiológicos, internos e externos, relativos à idade

A seguir, Winnicott apresenta sua classificação, em termos etiológicos, dos principais distúrbios maturacionais que podem surgir ao longo da vida – noções que não fazem parte do tema principal do artigo e que já haviam sido desenvolvidas em ensaios anteriores: conflitos internos, privação e deprivação.

8.1 Um referencial teórico para entender a etiologia dos traumas precoces

AE 1963/1983, p. 231

(1) Uma porção básica de provisão ambiental facilita o tão importante *desenvolvimento maturativo* das primeiras semanas e meses e (2) qualquer falha na adaptação inicial é um fator traumático (3) interferindo no processo de integração que leva ao estabelecimento no indivíduo de um *self* que existe, que adquire existência psico-somática e desenvolve uma capacidade de se relacionar com objetos.

Comentário: (1) Reafirmação da ideia de que condições ambientais favoráveis são necessárias para o amadurecimento saudável de um bebê humano (ver também 1963/1983, p. 43). (2) O trauma nos primeiros estágios é visto como uma falha ambiental na adaptação inicial às necessidades integrativas do bebê, portanto não é visto como repressão de impulsos instintuais já integrados. (3) Menções a variedades básicas de perturbações – a continuação no tempo do si-mesmo, os gestos espontâneos produzidos pelo si-mesmo, a personalização (morada no corpo) e a relação com objetos subjetivos – que incidem sobre as principais linhas dos processos maturacionais que ocorrem desde a primeira mamada teórica.

8.2 *Conflitos internos na infância e depois*

AF 1963/1983, p. 232

(1) É na doença neurótica que encontramos os conflitos que são exclusivamente do indivíduo e relativamente livres de determinantes ambientais. (2) É necessário se ser suficientemente sadio na idade pré-escolar para poder ter doença neurótica, para não se falar de saúde.

Comentário: (1) Na etiologia tradicional, neuroses são conflitos internos condicionados apenas indiretamente por falhas ambientais e pelas correspondentes distorções do processo de amadurecimento anteriores à primeira infância. (2) É preciso ter saúde para se tornar neurótico e ainda mais saúde para se recuperar da neurose. Este não é o assunto do capítulo. Os conflitos inerentes não são tão profundamente traumáticos quanto aqueles que ameaçam a integração do ego, mas, não obstante, são dolorosos, intoleráveis e geradores de ansiedade⁵.

Leitura complementar:

AG 1959-1964/1983, pp. 124-125

(1) Vejamos agora os fatores internos, aqueles que interessam aos analistas. Afora o estudo de pessoas sadias, é talvez apenas na *neurose e na depressão reativa que é possível se aproximar da doença verdadeiramente interna, a doença que faz parte do intolerável conflito que é inerente à vida e ao viver de pessoas normais.* (2) Poderia ser uma definição de saúde psiquiátrica relativa aquela em que o normal pode genuinamente remontar às dificuldades que o indivíduo encontra no esforço inerente à vida do indivíduo, à tentativa (inconsciente) do ego de controlar o id e usar o impulso do id do modo mais amplo possível com relação à realidade. Para mim é importante deixar isso claro porque alguns podem pensar que ao expor um método de classificação que inclui a classificação do ambiente estou deixando de lado tudo que a Psicanálise conseguiu no estudo do indivíduo.

Comentário: (1) Conflitos de relevância etiológica ocorrem no estágio de concernimento e, posteriormente, nas primeiras relações triangulares (o Édipo). (2) Um ponto teórico: para que a neurose ou depressão reativa se desenvolva, o indivíduo precisa ser basicamente saudável. (3) Ao chamar atenção para a necessidade de estudar os indivíduos em diferentes tipos de

⁵ Sobre psiconeuroses, ver 1961/1994; sobre conflitos como fatores etiológicos, ver 1959-1964/1983.

ambientes patógenos, Winnicott não perde de vista os resultados das pesquisas sobre o indivíduo isolado, isto é, sobre seu mundo interno.

8.3 Estabelecimento da base da saúde mental, isto é, da maturidade nos estágios iniciais

AH 1963/1983, p. 232

É nos estágios iniciais que a base da saúde mental do indivíduo é estabelecida. Isto envolve: (a) os processos de maturação, que são tendências herdadas, e (b) as condições ambientais necessárias para os processos de maturação se realizarem.

Comentário: O binômio winnicottiano básico – processos maturacionais e ambiente facilitador – está no cerne de sua teoria da saúde e da doença.

8.4 Existem dois tipos de falhas ambientais básicas: privação e deprivação

AI 1963/1983, p. 232

(1) Neste sentido, a falha da provisão elementar básica inicial perturba os processos de maturação, ou evita que eles contribuam para o crescimento emocional da criança, e é esta falha do processo de maturação, integração, etc. que constitui o estado de doença que chamamos de psicótico. Esta falha da provisão ambiental (privação) não é usualmente descrita pela palavra “perda”, daí a necessidade de corrigir as palavras de Zetzel na referência a meu trabalho.

(2) Uma dificuldade na formulação deste conceito é o fato de haver uma posição intermediária em que a provisão ambiental é boa de início mas falha depois. Tem êxito na organização do ego de extensão considerável e então falha em um estágio em que o indivíduo ainda não foi capaz de estabelecer um ambiente interno-isto é, de ficar independente. Isto é o que habitualmente é chamado de “perda” e não leva à psicose; leva ao desenvolvimento no indivíduo de uma “tendência antissocial”, que pode por sua vez forçar a criança a ter um distúrbio de caráter e se tornar um delinquente e reincidente.

Comentário: (1) Asserção sobre a etiologia da psicose, que, diferentemente da psicose ou da depressão reativa, não surge de um conflito interno intolerável que acontece em uma pessoa inteira e é relativo à administração de instintos, mas está relacionada à privação no início da vida, que ameaça com aniquilação, tal como exemplificado pelas falhas maternas no caso do sonho da tartaruga. O tratamento, como visto acima, requer manejo seguido de análise maturacional. (2) A *deprivação* é a perda repentina, em qualquer estágio depois do estabelecimento do EU SOU, de um ambiente externo até então suficientemente bom, provocada por algum fator externo, o que pode prejudicar o amadurecimento rumo à independência. Esta é a etiologia e o diagnóstico da tendência antissocial exemplificada pelo caso do menino de 2 anos. No tratamento, o paciente precisa de manejo em termos de mimo para que possa adquirir independência, primeiro tornando-se um incômodo, depois roubando.

9. Implicações da etiologia de Winnicott no tratamento de pacientes psicóticos borderline

9.1 Autocura e psicoterapia de lanchonete

AJ 1963/1983, p. 232

(1) Um deles é que é nas psicoses – e não nas neuroses – que devemos esperar exemplos de autocura. (2) Algum evento ambiental, talvez uma amizade, pode prover uma correção da falha da provisão básica e desfazer o bloqueio que impedia a maturação de um modo ou de outro. (3) De qualquer modo, é muitas vezes a criança muito doente na psiquiatria infantil que pode ser auxiliada a crescer por uma psicoterapia de lanchonete, ao passo que no tratamento das neuroses sempre se quer ser capaz de prover um tratamento psicanalítico.

Comentário: (1) No caso de psicose, a autocura, um ambiente amigável e a psicoterapia “de lanchonete” podem ser úteis para desbloquear o progresso do amadurecimento. O mesmo não acontece na psicose. (2) Esse tipo de ajuda é eficaz porque corrige a falha original (que impediu que as necessidades do ego fossem atendidas) e não impede a satisfação das necessidades primitivas do id. (3) A “lanchonete” psicoterápica pode funcionar bem na psiquiatria infantil.

9.2 A boa técnica psicanalítica não visa proporcionar experiências corretivas

AK 1963/1983, p. 232

Por certo, nenhum analista se propõe a prover uma experiência corretiva na transferência, porque isto em si é uma contradição; a transferência em todos os seus detalhes se processa através do processo psicanalítico inconsciente do paciente e depende para seu desenvolvimento de interpretação que é sempre relativa ao material apresentado ao analista.

Comentário: Não há provisão de experiências corretivas – esta é uma regra básica aceita por Winnicott tanto para a transferência psiconeurótica (transferência de material inconsciente reprimido) como para a transferência psicótica (estabelecimento de relação de dependência pessoal ou egoica).

9.3 A boa técnica psicanalítica usual pode ser uma experiência corretiva

AL 1963/1983, pp. 232-233

Naturalmente, a prática de uma boa técnica psicanalítica pode por si só ser uma experiência corretiva e, por exemplo, na análise um paciente pode, pela primeira vez na vida, conseguir a atenção total de outra pessoa, ainda que limitada à consistentemente estabelecida sessão de cinquenta minutos; ou pode, pela primeira vez, estar em contato com alguém que é capaz de ser objetivo. E assim por diante.

Comentário: O tipo de técnica especificada neste excerto pode funcionar em alguns casos de pacientes borderline que requerem regressão à dependência. Para muitos deles, a atenção plena em um *setting* definido por regras e temporalmente limitado poderá propiciar uma experiência corretiva, pois esses pacientes podem se beneficiar de um terapeuta atencioso e objetivo.

9.4 Por que mesmo um holding suficientemente bom pode não bastar para pacientes psicóticos

AM 1963/1983, p. 233

(1) Mesmo assim, a provisão corretiva nunca é suficiente. O que é que poderia ser o suficiente para que alguns dos pacientes ficassem bem? (2) Ao final o paciente utiliza as falhas do analista, muitas vezes pequenas, talvez induzidas pelo paciente, ou o paciente produz elementos transferenciais delirantes (Little, 1958) e temos que tolerar sermos mal compreendidos em extensão limitada. (3) O fator operativo é que o paciente agora odeia o analista pela falha que originalmente ocorreu como um fator ambiental, fora da área de controle onipotente pelo lactente, mas que *agora* é apresentada na transferência.

Comentário: (1) No entanto, mesmo a provisão de um cuidado bom no sentido explicitado acima não será suficiente para o paciente com esse diagnóstico se recuperar do colapso original. Por que não? (2) Para se recuperar de um colapso anterior, das ansiedades impensáveis correspondentes e de suas próprias defesas contra essas ansiedades, e continuar seu processo de amadurecimento, o paciente borderline precisa, para começar, de um ambiente terapêutico – profissional, familiar ou qualquer outro – que lhe ofereça o *holding básico, o colo suficientemente bom*, que a mãe falhou em prover e que é algo muito diferente de plena atenção ou senso de objetividade. Seu processo de recuperação, se iniciará depois de ele ter recebido esse tipo de provisão básica – quando enfim aconteceu o que precisava ter acontecido no passado, mas não aconteceu –, e só continuará se o paciente puder entrar em contato com suas angústias impensáveis e, dessa forma, com o seu colapso. Para isso, o terapeuta precisa oferecer-lhe um novo tipo de facilitação: falhar de forma limitada, em pequenas doses, de modo que a loucura original total possa ser revivida como uma loucura posterior local, em vias de ser integrada e, assim, deixe o passado. Em outras palavras, para tal paciente, um terapeuta só será bom o suficiente se cometer erros para os quais terá sido levado pelo próprio paciente, que não sejam tão graves como aqueles cometidos pela mãe não adaptada logo após seu nascimento (impossíveis de abranger devido à imaturidade da criança), mas que sejam semelhantes o bastante aos de uma mãe suficientemente boa em processo de *desadaptar* seu filho. Nesse estágio, este já começou a desenvolver capacidades mentais próprias e já é capaz de lidar emocional e comportamentalmente com uma mãe que não está mais sob seu controle onipotente. Para que o tratamento possa surtir bons resultados, o paciente precisará ter feito uma aquisição maturacional análoga, na linha de amadurecimento do si-mesmo em direção ao EU SOU, algo que a mulher que sonhou com a tartaruga não conseguiu, o que exigiu que o tratamento dela se voltasse, antes de mais nada, ao estabelecimento e fortalecimento do seu eu. Na maioria dos casos, entretanto, o trabalho terapêutico é feito com uma versão mais tardia de colapso, quando o paciente, que não é mais um bebê, já desenvolveu certa autonomia pessoal (1959-1964/1983, p. 127). (3) Essa é a condição maturacional para a ativação do principal fator

operacional da cura: a raiva e o ódio do paciente pelo terapeuta reconhecidamente falho, que passa assim a poder controlá-lo emocional e mentalmente. Dessa forma, o que foi perdido no colapso original, a saber, a experiência de controle onipotente dos fenômenos que surgem no colo materno, poderá enfim ser recuperado pelo menos de forma limitada. Com isso, o fator externo terapêutico é colocado sob controle emocional e pode ser manejado mentalmente por mecanismos de projeção e introjeção, capacidades que agora podem ser usadas proveitosamente tanto na situação terapêutica como na vida. É dessa experiência que o paciente precisa para continuar a se estabelecer como um si-mesmo unitário estável e para poder sentir, compreender e tolerar raiva e ódio⁶.

9.5 Cura pela falha do terapeuta

AN 1963/1983, p. 233

(1) De modo que no final temos êxito por falhar – falhar no sentido do paciente. Esta é uma distância longa da simples teoria da cura pela experiência corretiva. (2) Deste modo, a regressão pode estar a serviço do ego se recebida pelo analista e transformada em uma nova dependência em que o paciente traz o fator prejudicial externo para a área de seu controle onipotente e (3) para a área controlada pelos mecanismos de projeção e introjeção.

Comentário: (1) Falhas do analista, quando correspondem às necessidades do paciente, podem contribuir para sua recuperação. Nem por isso, porém, proporcionam experiência corretiva. (2) Mesmo condenado a sofrer a dor extrema do colapso provocado por graves falhas ambientais do fator externo ruim original (a saber, da mãe), que estavam além do controle do ego e foram acompanhadas de ansiedades impensáveis, o paciente pode ser salvo de tal destino por meio de falhas ambientais moderadas – ou mesmo, objetivamente falando, bastante pequenas – cometidas mais tarde por outro fator externo, o terapeuta. Essas falhas não deixam de ser falhas, pois também expõem o paciente a ansiedades; no entanto, ao contrário das ansiedades devastadoras originais, as novas, sobretudo quando experienciadas em relacionamento terapêutico de confiança, podem ser toleradas pelo paciente e submetidas ao seu controle, não sendo nem desalentadoras nem impensáveis, de modo que ele sai fortalecido dessa experiência de onipotência ainda que limitada. Esse *uso da falha do terapeuta*⁷ significa que o paciente está entrando em um *novo* tipo de relacionamento de dependência, que ele não depende mais da provisão do tipo de *holding* inicial suficientemente bom da mãe e que, de agora em diante, precisará de alguém que, apesar de ser objeto de sua raiva e ataques, continuará

⁶ A relação essencial entre o paciente que precisa regredir à dependência e o terapeuta que precisa falhar do modo como o paciente necessita, um ponto central do artigo “O medo do colapso” de Winnicott, foi estudada pela primeira vez no Brasil por Elsa O. Dias em seu artigo de 1994 “A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista”, que se tornou um dos pilares do ensino e dos estudos desenvolvidos no IBPW. Ver também Dias, 2023.

⁷ Nesse aspecto, a teoria de Winnicott, sobre o uso da falha do terapeuta pelo paciente, está intimamente ligada à sua teoria do uso de um objeto em geral (1968/1975).

a facilitar seu processo de amadurecimento – do mesmo modo como, conforme dito acima, faz a mãe suficientemente boa no período de dependência relativa. No jargão de Winnicott, o paciente precisa de um terapeuta que “sobrevive”. Tendo incluído as falhas do terapeuta em sua área de onipotência, e o desenvolvimento mental ajuda muito nisso, o paciente pode agora iniciar a jornada rumo à independência. (3) Em especial, os mecanismos mentais de projeção e introjeção ajudam a controlar emocionalmente o fator externo moderadamente ruim: o terapeuta que comete falhas – as quais, paradoxalmente, ajudam a curar.

10. Aplicação dessas ideias ao caso da mulher que sonhou com a tartaruga

AO 1963/1983, p. 233

(1) Finalmente, com relação à paciente à qual me referi, não devo falhar nos aspectos do cuidado do lactente e da criança até um estágio posterior, em que ela *me fará falhar* de forma determinada por sua própria história. (2) O que eu temia era que, ao me permitir a experiência de um mês no exterior, eu tivesse já falhado prematuramente e me juntado às variáveis imprevisíveis de sua infância inicial e meninice, de modo a fazê-la de novo doente, como na verdade os fatores externos imprevistos a fizeram doente em sua infância.

Comentário: (1) O terapeuta suficientemente bom precisa falhar do modo como o paciente necessita e no momento certo, ou seja, quando o paciente estiver pronto para lidar com essa falha, o que vale dizer, para integrá-la em sua vida atual. (2) Winnicott teme que sua falha no tratamento da mulher que sonhou com a tartaruga tenha ocorrido cedo demais, que tenha sido grave demais e que tenha acrescentado assim um novo trauma que aniquila o trauma anterior derivado das falhas da mãe.

11. Identificação das características estruturais

Resumindo, a análise aqui apresentada identificou as seguintes características estruturais do Capítulo 23: 1) o público-alvo; 2) o objetivo principal: o estudo da dependência no tratamento e no início da vida familiar (lactância e infância); 3) um caso que exemplifica a falha profissional em atender adequadamente às necessidades de dependência de pacientes que sofreram privação na infância (psicóticos), o principal tipo de trauma precoce; 4) reflexões sobre a mudança de paradigma, da análise tradicional para os procedimentos winnicottianos de resposta total no tratamento desses pacientes; 5) um caso que ilustra uma falha ambiental que leva à deprivação, o segundo principal tipo de trauma precoce, que resulta em tendências incômodas ou antissociais, e o sucesso desse mesmo ambiente não profissional em fornecer os cuidados necessários para a recuperação; 6) reflexões sobre psiquiatria infantil e suas relações com a psicanálise; 7) uma discussão de outras perspectivas sobre a natureza dos traumas precoces; 8) uma visão geral da etiologia de Winnicott exposta em escritos anteriores; 9) implicações dessas perspectivas, em particular no tratamento de pacientes psicóticos borderline; e 10) uma retrospectiva do caso da mulher que sonhou com a tartaruga.

12. Lugar do capítulo 23 na obra de Winnicott

Este artigo de 1962 apresenta alguns elementos fundamentais da estrutura teórica do paradigma winnicottiano como um todo.

a) O binômio: processos maturacionais e ambiente facilitador.

b) Várias teses sobre teoria e patologia maturacionais.

c) *Settings* e procedimentos de tratamento para atender a regressão à dependência, bem como considerações sobre o que acontece no *setting* psicanalítico. Winnicott também traz para a discussão fenômenos clínicos, tanto patológicos como saudáveis, observados em outros tipos de ambientes de tratamento, como a família, hospitais psiquiátricos e consultas de psiquiatria infantil.

d) Exemplares paradigmáticos de duas categorias principais da classificação revolucionária que Winnicott fez dos distúrbios maturacionais: psicose e tendência antissocial.

Este último tópico está claramente exposto na Introdução (1965) de *O ambiente e os processos de maturação*.

e) Fenômenos clínicos, tanto patológicos como saudáveis, observados em outros tipos de *settings* de tratamento, como a família, hospitais psiquiátricos e consultas de psiquiatria infantil.

Vários desses tópicos estão claramente antecipados na Introdução de *O Ambiente e os processos de maturação*.

AP 1965, p. 9

O início do surgimento do ego inclui inicialmente uma quase absoluta dependência do ego auxiliar da figura materna e da redução gradativa e cuidadosa da mesma visando à adaptação. Isto faz parte do que eu denomino “maternidade suficientemente boa”; neste sentido o ambiente figura entre outros aspectos essenciais da dependência [...].

Um aspecto do obstáculo ao surgimento do ego produzido por falha no ambiente é a dissociação que se verifica nos casos borderline em termos de self verdadeiro e falso. [...].

Desenvolvendo a ideia da dependência absoluta na mais tenra infância, proponho uma nova maneira de examinar a classificação de doenças mentais. [...]. Examina-se também a origem da tendência antissocial. Acredito que esta seja uma reação à *perda de algo* [deprivação] e não o resultado de uma *privação*; neste sentido a tendência antissocial é própria do estágio de dependência relativa (e não absoluta). [...]

Como corolário, a maioria dos transtornos psicóticos são encarados como intimamente relacionados a fatores ambientais, sendo a neurose mais natural, em essência, o resultado de um conflito pessoal e não algo passível de ser evitado por criação adequada.

O capítulo 23 pode ser considerado, portanto, uma elaboração mais completa dos mesmos temas e, por conseguinte, a peça-chave do livro. De fato, é uma reafirmação da teoria winnicottiana sobre dependência no ambiente familiar na lactância e na infância, de um lado, e em ambientes terapêuticos, de outro, o fulcro da sua mudança revolucionária da teoria e da clínica psicanalíticas.

Referência Básica

Winnicott, D. W. (1963). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In Winnicott, 1965/1983, pp. 225-233.

Referências

Dias, E. O. (1994). A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista. In E. O. Dias, *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWWeditorial, 2011.

Dias, E. O. (2022). Nota sobre o amadurecimento. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Notas pp. 1-6, 30/06/2022.

Dias, E. O. (2014). A clínica winnicottiana das psicoses: a retomada do amadurecimento. *Se... Não... Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 5(2), 205-222.

Loparic, Z. (2023). O caso da mulher que sonhou com uma tartaruga. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Comentários pp. 1-28, 26/07/2023.

Winnicott, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In Winnicott, 1958/2000, pp. 277-287.

Winnicott, D. W. (1958). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (Traduzido por Davy Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Título original: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*)

Winnicott, D. W. (1959-1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In Winnicott, 1965a/1983, pp. 114-127.

Winnicott, D. W. (1960a). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In Winnicott, 1965a/1983, pp. 38-54.

Winnicott, D. W. (1960b). The Theory of the Parent-Infant Relationship. In Winnicott, 1965b, pp. 124-139.

Winnicott, D. W. (1961). Psicose na infância. In Winnicott, 1989a/1994, pp. 53-58.

Winnicott, D. W. (1964). Psycho-Somatic Illness in Its Positive and Negative Aspects (Part I of Chapter 20, Psycho-Somatic Disorder). In Winnicott, 1989b/1994, pp. 103-114.

Winnicott, D. W. (1965a). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (Traduzido por Irineo Constantino Schuch Ortiz). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Título original: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*)

Winnicott, D. W. (1965b). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Karnac Books.

- Winnicott, D. W. (1968). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In Winnicott, 1975/1971a, pp. 121-132.
- Winnicott, D. W. (1970). Vivendo de modo criativo. In Winnicott, 1986/1999, pp. 23-39.
- Winnicott, D. W. (1971a). *O brincar e a realidade* (Traduzido por José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre). Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Título original: *Playing and Reality*)
- Winnicott, D. W. (1971b). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (Traduzido por Joseti Marques Xisto Cunha). Rio de Janeiro: Imago, 1984. (Título original: *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*)
- Winnicott, D. W. (1986). *Tudo começa em casa* (Traduzido por Paulo Sandler). São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Título original: *Home is Where We Start From*)
- Winnicott, D. W. (1989a). *Explorações psicanalíticas* (Traduzido por José Octávio de Aguiar Abreu). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Título original: *Psycho-Analytic Explorations*)
- Winnicott, D. W. (1989b). *Psycho-Analytic Explorations*. Cambridge, Massachusetts. Harvard.