

***O caso Kathleen – um comentário***

**Z. Loparic**  
IBPW/IWA

**Introdução**

Este artigo apresenta um *comentário* do caso Kathleen em termos da *análise estrutural paradigmática* tal como reconstituída em Loparic, 2023. Segundo essa reconstrução, os casos clínicos de Winnicott não são simples *narrativas*<sup>1</sup> mais ou menos interessantes e envolventes, que versam sobre os dados transferenciais relativos às produções do inconsciente psíquico, testemunhadas, espelhadas e interpretadas por um observador profissional de saúde, neutro, externo. Antes, trata-se de *relatos de pesquisa* sobre a retomada do processo de amadurecimento, consciente ou inconsciente, no relacionamento de dependência da facilitação ativa por um terapeuta, provida em termos de resposta total pessoal às necessidades maturacionais até então não atendidas; relatos compostos de 18 *tópicos estruturais* (em geral desdobrados em subtópicos), que assinalam os elementos teóricos, instrumentais e práticos do *paradigma winnicottiano* ilustrados pelo caso, a saber:

1. Lugar do caso na obra de Winnicott;
2. Fatos do caso;
3. Pessoa do paciente;
4. Ambiente familiar e social;
5. Principais figuras do ambiente;
6. Sintomas;
7. Diagnóstico;
8. Etiologia;
9. Prognóstico;
10. *Setting* ou *settings* terapêuticos;
11. Terapeuta ou terapeutas;
12. Relacionamento terapêutico (da parte do paciente e do terapeuta);
13. Procedimentos de tratamento;

---

<sup>1</sup> Alguns psicanalistas dizem produzir encenações e dramatizações das situações de tratamento, outros se comprazem em criar peça de ficção.

14. Processo de tratamento: dinâmica e etapas;
15. Resultados terapêuticos;
16. Resumo do caso;
17. Resultados teóricos;
18. Acompanhamento posterior.

No texto referido, a listagem, a ordenação e o conteúdo dos tópicos, que caracterizam a estrutura paradigmática dos casos de Winnicott, foram estabelecidos, por um lado, com base nas considerações extraídas da teoria do amadurecimento, da patologia e da clínica maturacionais de Winnicott e, por outro, no estudo de casos individuais.

Ao escrever seus relatos, Winnicott nem sempre segue a ordem paradigmática indicada – alguns tópicos não são apresentados separadamente nem desenvolvidos tematicamente, outros nem sequer são nomeados. Sendo assim, poderá ser conveniente que a análise paradigmática estrutural de um caso seja precedida por uma *análise textual temática*, que segue a ordem dos temas tratados, para em seguida associar cada um deles a um ou mais tópicos estruturais. No comentário que segue, os temas serão distribuídos em seções e ilustrados por citações, que serão em seguida comentadas. Ocasionalmente, serão acrescentadas leituras complementares. O que se pretende é que as características estruturais paradigmáticas sejam devidamente identificadas, ilustradas e articuladas, e que as principais conexões teóricas entre elas fiquem claras. Desta forma, fica demonstrado como os tópicos paradigmáticos podem ser utilizados para descobrir a *estrutura paradigmática profunda* dos temas presentes na feitura aparente do texto e, no limite, para reescrever os relatos de Winnicott da maneira organizada e teoricamente fundamentada para fins de ensino, pesquisa e de prática clínica.

Um dos interesses deste tipo de leitura de Winnicott é evidenciar a grande importância de seus casos clínicos como *exemplares*, isto é, como exemplos da aplicação bem-sucedida dos elementos teóricos, instrumentais e práticos do seu paradigma na resolução de problemas clínicos em diversas áreas da saúde. Além de oferecer suporte para estudo, ensino e pesquisa na área de fenômenos maturacionais, o trabalho meticuloso de reconstrução dos temas do caso visa ainda chamar a atenção do leitor para a riqueza, precisão e maestria clínica das descrições de Winnicott.

Seguem os temas e subtemas do relato do caso Kathleen, identificados para fins de comentário e apresentados na ordem da sua ocorrência no texto, sendo que cada um deles é remetido ao tópico ou tópicos paradigmáticos por ele ilustrados:

1. Apresentação do relato do caso (tópico 1);
2. Fatos clinicamente relevantes colhidos pelos profissionais de saúde (tópico 2);

3. Dados colhidos pela historiação<sup>2</sup> durante a primeira entrevista com a mãe (tópicos 2, 3, 4 e 5);
4. Dados da primeira entrevista sobre os primeiros sintomas (tópico 6);
5. Dados sobre o desencadeamento da doença aguda, com comentários clínicos de Winnicott (tópicos 6, 7, 8 e 13);
6. Dados da mãe sobre a segunda fase aguda, com comentários clínicos de Winnicott (tópico 6);
7. Winnicott entra em cena (tópico 14);
8. Ajuda de Winnicott à mãe na provisão do ambiente necessário (tópico 14);
9. Recuperação gradual da paciente na fase psicótica aguda (tópico 14);
10. Tratamento com Winnicott (tópico 14);
11. Uma recaída (tópico 14);
12. Resultados terapêuticos (tópico 15);
13. O primeiro acompanhamento posterior (tópico 18);
14. O segundo acompanhamento posterior (tópico 18);
15. Resultados teóricos ilustrados pelo caso (tópico 17);
16. Resumo dos principais aspetos do caso (tópico 16);
17. A utilidade do caso (tópico 1);

## 1. Apresentação do relato do caso (tópicos 1 e 16)

### 1.1 O texto

Este relato de caso constitui o capítulo 10 do livro *Da Pediatria à Psicanálise* (1958), que fecha a Seção II, composta de artigos dedicados à pediatria e psiquiatria infantil de orientação psicanalítica.

A 1957/2000, p. 7

Os trabalhos incluídos na segunda seção já mostram terem sido escritos por um pediatra, mas um pediatra antes de minha formação em psicanálise.

**Comentário:** Cabe notar que desde 1945 a “orientação psicanalítica” de Winnicott, pediatra e psiquiatra infantil, não é mais a freudiana, ou seja, não é mais centrada no tratamento das psiconeuroses, geradas por problemas edípicos, estudadas e tratadas com base na teoria da sexualidade, embutida na metapsicologia de cunho mitológico, mas na sua própria, que usa

---

<sup>2</sup> Essa é minha tradução de “*history-taking*” de Winnicott. A tradução usual por “anamnese” não me parece adequada pois no uso comum esse termo significa rememoração pelo paciente de dados clinicamente relevantes, enquanto a *history-taking* winnicottiana considera também dados obtidos de outras fontes (as mães, membros da família, escola etc.) e de outras maneiras.

como problemas paradigmáticos as psicoses: distúrbios não edípicos, entendidos no quadro da teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal e emocional e dos seus distúrbios, teoria essencialmente experiencial e livre de metapsicologia (1945/2000, pp. 219-220 e 1948/2000, p. 233).

O artigo foi publicado inicialmente em 1955 no primeiro número da revista *Case Conference*. Esse periódico foi fundado em 1954 pela assistente social psiquiátrica Kay McDougall<sup>3</sup> com o propósito de propiciar debates a respeito do trabalho de assistência social<sup>4</sup>. Há evidências que o início do tratamento ocorreu pelo menos sete anos antes da primeira publicação, a saber, em 1948<sup>5</sup>.

### 1.2 O resumo do relato

O caso ilustra aspectos de tratamento realizado por manejo na área de assistência social não profissional de acordo com a psiquiatria infantil (psicologia pediátrica) winnicottiana. Mostra-nos a mãe na posição do terapeuta principal e a residência familiar enquanto *setting* principal. Não é um caso de psicanálise, nem mesmo de análise modificada no sentido Winnicottiano ou de psicoterapia.

a) O objetivo e o resumo geral do conteúdo do relato

**B** 1955/2000, p. 187

(1) Nem todo o caso de psiquiatria infantil é de interesse direto para o assistente social. (2) Apresento o problema de Kathleen porque, apesar de ter sido tratado por mim, não foi realmente um caso de psicoterapia. (3) A parte mais pesada do trabalho recaiu sobre a mãe, na verdade sobre toda a família, e o êxito final deve ser atribuído ao trabalho realizado na residência da criança ao longo de um ano. (4) A forma do tratamento foi estabelecida por mim, e isto implicou em que durante vários meses tive entrevistas semanais de dez a vinte minutos com a mãe e a criança.

**Comentário:** (1) O objetivo do artigo é apresentar um caso de psiquiatria infantil diretamente relevante para a assistência social (ver ainda p. 126). (2) O caso de Kathleen é relevante, embora tenha sido conduzido por um pediatra e psiquiatra infantil, visto que ele não fez a psicoterapia, como poderia ser esperado, nem a psicanálise. (3) A parte principal e mais difícil do trabalho terapêutico foi realizada por um terapeuta não profissional, a mãe, que criou

---

<sup>3</sup> Kay McDougall (1910-1999) era responsável pelo Departamento de Saúde Mental e Assistência Social da *London School of Economics*, onde Winnicott proferiu séries de palestras nos anos 1950 e 1960, e uma das fundadoras da *British Association of Social Workers* (1970).

<sup>4</sup> Winnicott publicou ao todo quatro textos na *Case Conferences*. O primeiro, em 1954, no lançamento desse periódico, sobre a adoção de duas crianças; o segundo, em 1955, objeto do presente comentário; o terceiro, de 1959, que resenha *Envy and Gratitude* de Klein e o quarto, no último número da revista, que faz um balanço da importância dessa publicação para os profissionais da área e acrescenta uma exposição enfática da tese de que a assistência social e a psicoterapia têm um denominador comum que é a teoria de amadurecimento expandida para incluir a patologia maturacional e os procedimentos da clínica maturacional (CW, 9, p. 180). Essa nota é baseada na pesquisa realizada por Thiago Arnould, da DWWeditorial.

<sup>5</sup> Compare-se a idade de Kathleen e das irmãs no início do tratamento (Winnicott, 1955/1958, p. 119) e na segunda visita de acompanhamento clínico a ser data em 1954 ou 1955 (p. 125).

para tanto um *setting* adequado, transformando a família num “hospital psiquiátrico”. (4) Winnicott, da sua parte, ofereceu, com base na sua psiquiatria infantil, o manejo da situação e ajudou a mãe a compreender, em certo nível, o significado e a importância do que estava fazendo.

### **Leitura complementar:**

#### *Patologia e clínica baseadas na teoria winnicottiana do amadurecimento*

C 1948/2000, pp. 233-234

(1) Gradualmente foi sendo construída uma teoria extremamente complexa do desenvolvimento emocional do ser humano, de modo que apesar de toda a nossa terrível e ao mesmo tempo fascinante ignorância, atualmente contamos com hipóteses de trabalho muito úteis, hipóteses, é bom que se diga, que realmente funcionam. [...] (2) É possível estabelecer uma vinculação clínica entre o desenvolvimento da criança e os fenômenos psiquiátricos, (3) assim como entre os cuidados ministrados na infância e o cuidado adequado aos doentes mentais.

**Comentário:** (1) A teoria do desenvolvimento emocional, da qual os processos integrativos constituem o eixo principal, pode ser proveitosamente usada como base para o tratamento da (2) patologia maturacional e (3) da clínica maturacional.

b) Conclusões diagnósticas e observações sobre os aspectos do processo de tratamento

D 1955/2000, p. 187

(1) Na primeira entrevista foi possível chegar a uma conclusão definitiva quanto ao aspecto psicopatológico da situação, e formar uma hipótese quanto à capacidade dos pais de lidar com a criança durante a sua doença. (2) A criança me foi encaminhada para que eu a internasse em alguma clínica, já que não havia ocorrido aos que inicialmente tiveram contato com ela que, sob certas condições, poderia haver um restabelecimento espontâneo no decorrer do tempo. (3) O ponto importante foi que na cuidadosa anamnese realizada na primeira entrevista foi possível chegar a um diagrama da sintomatologia, a partir do que ficou claro que o auge da doença já havia ocorrido e que já era possível perceber uma certa tendência em direção à melhora na época da consulta. (4) No diagrama havia um pico de ansiedade *neurótica* seguido por uma crescente angústia, e em certo momento a doença mudou qualitativamente, adquirindo um caráter *psicótico*. A fase *neurótica* aguda seguiu-se a uma história contada a ela pela irmã, num momento em que ela já estava começando a ficar perturbada pelo fato de ser a dama de honra do casamento de sua tia favorita. O período do distúrbio *psicótico* foi em certa medida simultâneo ao casamento. (5) Achei interessante perceber que a criança estava começando a melhorar e, pesquisando a fundo esse aspecto, descobri que a família havia transformado a si mesma num hospital psiquiátrico, assumindo uma organização paranoide dentro da qual essa criança retraída e paranoide adaptava-se admiravelmente. No início a criança ficava tranquila apenas quando em contato físico com a mãe, mas já na época da consulta surgira um círculo de alguns metros em volta da mãe em que ela podia permanecer sem entrar em angústia extrema. Descobri que a mãe, uma mulher com educação primária, não muito inteligente, mas uma excelente administradora do seu lar, queria muito entender por que ela e sua família haviam chegado a esse estado tão estranho e anormal. De fato, ela manteve a atmosfera de hospital psiquiátrico até que a criança estivesse pronta para que as coisas voltassem ao normal. A recuperação gradual da normalidade doméstica ocorreu na medida em que a criança deixava de lado a sua organização defensiva paranoide. (6) Obtive a cooperação das autoridades locais até mesmo quando solicitei que ninguém fosse autorizado a visitar a família, e ao longo de um ano assumi a responsabilidade total, simplificando assim a tarefa da mãe. (7) Portanto, foi mais

manejo do que uma psicoterapia propriamente dita que permitiu a volta da criança a uma condição normal ou quase normal. Foi feito um trabalho direto com a criança durante suas visitas semanais, que eram necessariamente curtas pelo fato de eu não ter uma hora vaga para tratar do caso naquela época. (8) O que pôde ser feito nesses breves contatos não foi a parte essencial e nem a mais importante do tratamento, mas de fato representou uma contribuição bastante útil.

**Comentário:** (1) A primeira entrevista com a mãe se deu-se depois da ligeira melhora de Kathleen, na segunda fase da doença (psicótica). Nela, ele chegou ao diagnóstico e vislumbrou a possibilidade de os pais fazerem o tratamento (1955/2000, p. 187). (2) Rapidamente Winnicott chegou à conclusão de que nesse caso poderia haver um reestabelecimento espontâneo desde que facilitado. (3) A historiação cuidadosa do caso na primeira entrevista com a mãe permitiu a observação da tendência para a melhora. (4) Resumo da dinâmica do adoecimento, que será detalhado no que segue. (5) Descoberta de que a melhora se deu na família, transformada pela mãe em hospital mental adaptado para as necessidades da filha doente, seguida de descrição da dinâmica do tratamento. (6) e (7) Manejo social da situação promovido por Winnicott. (8) Winnicott complementou o tratamento familiar no seu *setting* particular, útil, mas não parte essencial. Em resumo, neste caso encontramos: 1) uma sintomatologia composta de elementos neuróticos e psicóticos, 2) dois *settings*: a família e o consultório de Winnicott, 3) dois terapeutas individuais: o não profissional (mãe) e o profissional (Winnicott), 4) dois tipos de relacionamento terapêutico: a) a regressão à dependência com a mãe e b) relacionamento com Winnicott (trata-se, como será visto a seguir, de repúdio inicial, seguido do começo da aceitação deste terapeuta e a busca posterior de novo contato com ele), 4) vários procedimentos clínicos utilizados, nomeadamente, historiação, manejo pessoal e social, interpretação no sentido de comentário clínico, tratamento por demanda, assistência social psiquiátrica. Para especificações e citações relevantes, ver a análise abaixo.

O texto prossegue com a reconstrução detalhada do histórico do caso baseado a) nos fatos contidos em uma nota profissional e em um relatório profissional e b) na historiação do caso terapêutico com a mãe.

## **2. Fatos clinicamente relevantes colhidos pelos profissionais de saúde (tópico 2)**

### *2.1 Uma nota médica*

E 1955/2000, p. 188

Kathleen me foi encaminhada aos seis anos de idade pelo psiquiatra da Clínica de Assistência à Infância do condado, com uma nota na qual estava declarado: “Tornou-se recentemente

negativista, falando sozinha e olhando para o nada, recusando-se a cooperar com a mãe apesar de não aceitar separar-se dela”.

## 2.2 Um relato do P.S.W. (*Personal Support Worker*)<sup>6</sup>

F 1955/2000, p. 188

*Mãe:* Parece estável. Encontra-se agora desesperadamente ansiosa e se sente perdida sobre como lidar com a paciente.

*Pai:* Está muito bem.

*Irmãos:* Pat, com 11 anos. Criança brilhante, falante. A paciente, com 6 anos. Sylvia, com 20 meses, uma linda menina.

## 3. Dados colhidos pela historiação durante a primeira entrevista com a mãe (tópicos 2 a 5)

Esses dados são relativos ao crescimento e desenvolvimento de Kathleen, sua personalidade, família, escola, ambientes sociais e principais figuras do ambiente.

G 1955/2000, pp. 188-189

(1) Kathleen foi amamentada durante 3 meses. Aceitou a mamadeira com facilidade e passou para alimentos sólidos e a comer sozinha sem problemas. Começou a usar palavras por volta dos doze meses, e falou cedo. Com dezesseis meses começou a andar. Os hábitos de higiene foram adquiridos normalmente. A mãe fez uma comparação entre o desenvolvimento da menina e o das outras duas crianças, e não havia qualquer indício de retardo.

(2) Não houve doenças físicas importantes. Foi necessário operar o seu polegar no hospital, e ela não pareceu atemorizada pela experiência. Recentemente queixou-se de dores de cabeça e parecia pálida.

(3) Na primeira infância, de vez em quando gritava muito, um pouco além do normal, e os pais tinham que ser sempre um pouco mais cuidadosos com ela do que com os outros dois filhos. Perceberam que ela precisava de uma adaptação um pouco mais estrita às suas necessidades. Em outros termos, ela era do tipo sensível. Descobriu-se que ela precisava ter suas perguntas respondidas rapidamente, caso contrário tinha ataques de fúria. Tornou-se uma criança sempre tensa, necessitando de um manejo muito cuidadoso. Era possível dizer, no entanto, que ela estava dentro dos limites da normalidade – inteligente, alegre, capaz de brincar e de se comunicar bem com as pessoas.

(4) Quando foi para a escola, aos cinco anos, não gostou muito, mas comportava-se de modo bastante razoável. Era agradável e amistosa, e conseguia lidar com a frustração “pensando melhor” nas coisas. Até algumas semanas antes da consulta seu desempenho na escola era adequado, e então começou a deteriorar.

(5) Em casa a menina gostava de ajudar sua mãe nas tarefas domésticas, e fazia-o muito bem desde os quatro anos. Gostava de brincar com sua irmã menor, era muito caprichosa em cuidar de seus livros e não gostava de vê-los desarrumados ou rasgados pela irmã. Sentia amor por suas bonecas. Gostava muito de ir à escola dominical. Parecia gostar de sua irmã menor e de fazer coisas para ela.

(6) Kathleen pertencia a uma família de gente trabalhadora, comum.

(7) O pai ganha a vida bastante bem trabalhando com ferro-velho. Começou com um lote de terra, comprou um trailer para a família morar, e posteriormente conseguiu adquirir uma modesta casa de campo e um carro pequeno. A mãe é uma mulher simpática, não muito esperta, mas capaz de administrar [*manage*] sua vida de maneira sensata, na base de não tentar mais do

<sup>6</sup> Um PSW “Profissional de saúde que auxilia os pacientes em suas atividades diárias e pode administrar seus medicamentos” (Google).

que ela sabe que pode manejar. Vem de uma família de inteligência limitada, e da parte do pai há um tio epilético.

**Comentário:** Esses dados deixam claro que Kathleen não sofria de distúrbios anteriores aos do caso relatado.

**Leitura complementar:**

*Historiação com as mães*

H 1948/2000, p. 235

Na minha própria experiência profissional, dei a cerca de 20.000 mães a oportunidade de contar o que sabiam sobre o desenvolvimento de seus bebês. [...] com este tipo de experiência nos tornamos, creio eu, mais e mais capazes de avaliar corretamente a descrição dada pela mãe.

**Comentário:** Winnicott dava mais importância à *historiação* com o próprio paciente (1965b/1994, pp. 107-109). Um aspecto importante está presente nos dois casos: a *historiação* abrange fatos de *toda a vida passada* do paciente, incluindo a *história total do relacionamento do indivíduo com o seu ambiente específico* (1971a/1984, pp. 13-14). Uma descrição de um caso baseado na *historiação*, diz Winnicott, é “uma série de histórias clínicas, uma apresentação de diferentes versões do mesmo caso, as versões sendo dispostas em camadas cada qual representando um estágio de revelação” (1959-1964/1983, p. 121). Este tipo de descrição, ele acrescenta, “é muito diferente daquela do psiquiatra que faz um exame cuidadoso do paciente em certo momento da história do caso, como por exemplo quando houve um colapso ou quando ocorreu a hospitalização”. (1959-1964/1983, p. 121)

#### 4. Dados da primeira entrevista sobre os primeiros sintomas (tópico 6)

Estes são dados sobre o contexto do surgimento da doença. Houve um exagero da sensibilidade natural associada à excitação com os preparativos de um casamento.

4.1 *O envolvimento na situação do casamento, “trauma potencial” tornado real a partir da história de terror (ver abaixo)*

I 1955/2000, pp. 189-190

(1) Algumas semanas antes da primeira consulta, Kathleen deveria ser a dama de honra no casamento de sua tia favorita. (2) Esse casamento estava se aproximando, quando começou a sua doença. Ela dizia à sua tia: “Sou eu que vou casar, e não você.” Não se tratava apenas de uma brincadeira, pois na verdade foi o que marcou o início de sua angústia. Ela conseguia ver a si mesma no lugar da tia, mas não se ver como espectadora do casamento.

**Comentário:** (1) Essa é a ocasião do surgimento dos sintomas, não sua origem. (2) Rivalidade com a noiva, tipicamente neurótico. (3) Surgimento do sentimento de angústia gerada pela ambivalência, pois Kathleen gostava da tia.

#### 4.2 Primeiros sintomas do tipo paranoide

J 1955/2000, p. 190

(1) Nessa época ela começou também, a princípio de um modo muito ligeiro, a ter delírios de perseguição, e tentava fazer com que todos sorrissem sem parar, porque acreditava que algo horrível iria acontecer com os rostos das pessoas. Logo já não era mais suficiente que as pessoas sorrissem. (2) Rapidamente as coisas mudaram muito, levando a professora a observar que nas últimas semanas ela não prestava a menor atenção quando lhe falavam, mesmo quando seu nome era chamado repetidamente. Ficava sentada olhando para a frente, muito preocupada. Uma ou duas vezes recusou-se a tirar o casaco e o chapéu na escola. Agora sua caligrafia não era tão cuidadosa, e às vezes ela rabiscava em vez de escrever, e errava ao escrever algumas letras, o que antes não acontecia.

**Comentário:** (1) Delírios de perseguição. (2) Na escola, modificação no comportamento e nas habilidades. Estes sintomas não revelam uma doença, isto é, uma organização defensiva rígida, mas antes problemas pessoais de uma criança, de qualquer idade, com uma saúde básica, surgidos numa situação específica de vida – nesse caso, no casamento de uma tia amada. Ver 1961a/1994, p. 55: “Devemos dizer claramente que essa criança, quando sadia, tem todo tipo possível de sintoma psiconeurótico”.

### 5. Dados sobre o desencadeamento da doença aguda, com comentários clínicos de Winnicott (tópicos 6, 7, 8 e 13)

#### 5.1 O gatilho do trauma: irmã contando uma história de terror

K 1955/2000, p. 190

A essa altura, sua irmã de onze anos, que na verdade estava sendo afetada pelo casamento próximo da mesma maneira que Kathleen, fez algo que veio a desempenhar um papel muito especial no conflito que existia na mente da criança. Ela lhe contou uma história de terror.

#### 5.2 A história de terror

A história dizia que “um homem era morto, e seu sangue escorria por todo o chão da casa” (1955/2000, p. 190).

#### 5.3 Tentativa de interpretação

Winnicott propõe em seguida uma interpretação bastante especulativa da reação de Kathleen à história da irmã, com os primeiros elementos da etiologia e diagnóstico baseado em conflito interno.

L 1955/2000, p. 190

(1) Kathleen gostava da tia, e a partir do lado feminino de sua personalidade identificava-se com a tia; mas havia também que lidar com o outro lado de sua personalidade, muito mais difícil de trazer para a consciência, qual seja, o de sua identificação com o *homem* naquele casamento. Ela o conhecia, e gostava dele também. (2) Com base em sua identificação com a mãe e seu amor pelo pai, ela teria conseguido lidar com a situação se tudo corresse bem. (3) Digamos, então, que ela tinha dois sonhos em potencial, sendo que num deles ela era a dama de honra, identificada com a noiva, e no outro o lado masculino de sua personalidade rivalizava com o noivo. (4) Essa rivalidade implicava em morte, e, portanto, a história contada pela irmã (que também sofria pelo mesmo conflito) teve um grande impacto sobre ela. A irmã ouviu a história

num programa de rádio. Na história um homem era morto, e seu sangue escorria por todo o chão da casa. (5) Suas defesas contra a ansiedade e os conflitos deflagrados pelo casamento estavam funcionando bem, e sua identificação masculina havia sido reprimida.

**Comentário:** (1) Winnicott segue a psicanálise tradicional ao dizer que a sensibilidade natural de Kathleen foi exacerbada quando associada a sérios conflitos internos entre o lado masculino e feminino da sua personalidade. (2) Winnicott parece supor a existência de uma deficiência no relacionamento de Kathleen com o casal parental do tipo edípico. O efeito disso não poderia ter sido o colapso (aniquilamento), mas certa “fraqueza do ego”, isto é, da estrutura da sua personalidade. (3) Resultado: uma dissociação no imaginário de Kathleen entre a) identificar-se com a noiva e rivalizar com ela pelo noivo e b) identificar-se com o noivo e rivalizar com ele pela noiva (possível paralelo da rivalidade “homossexual” com pai pela mãe). (4) Essa segunda rivalidade implicaria na morte de um dos dois rivais – do noivo, alternativa sugerida pela história da irmã mais velha, ou de Kathleen, alternativa revelada pela paranoia. (5) A solução: repressão defensiva da identificação masculina. A interpretação de Winnicott em (1) a (5) não faz parte do tratamento, mas antes da elaboração do diagnóstico e etiologia do caso. Não foi comunicada a Kathleen e, muito provavelmente, nem mesmo a sua mãe. Acerca das explicações que Winnicott deu à mãe sobre o que estava acontecendo, ver abaixo.

#### 5.4 Sintomas paranoides

M 1955/2000, pp. 190-191

(1) Tornou-se retraída e paranoide. Essa reorganização requeria tempo, e o efeito imediato da história contada pela irmã foi uma intensa e manifesta ansiedade. [...] (2) A criança desenvolveu um medo extremo de ir para a cama. Perguntava insistentemente se havia sangue pelo chão. E dizia repetidamente: “Mãe, mãe, ele vem me matar? Vai me acontecer alguma coisa? Você está vigiando a porta?” Por fim deixava que a acalmassem e dormia.

**Comentário:** (1) A repressão do lado masculino de Kathleen não foi suficiente para evitar o surgimento de sintomas que assinalavam o problema não resolvido de rivalidade com o tio (pai). (2) Aparece o estado paranoide e retraído, usado como defesa, uma versão mais severa de estados paranoides já anteriormente desenvolvidos no momento que precedeu ao casamento.

#### 5.5 Recuperação

N 1955/2000, p. 191.

Após esse período de ansiedade aguda, ela se recuperou e passou um tempo bastante normal.

**Comentário:** Esta recuperação da fase neurótica foi “espontânea”, no sentido em que não foi favorecida nem pelo tratamento profissional nem pelo parental. Por isso mesmo, não era estável, uma vez que Kathleen rapidamente entra numa fase psicótica mais severa (ver abaixo). De acordo com Winnicott, “a psicose não permite a recuperação espontânea,

tornando o psicanalista realmente necessário” (1954/2000, p. 381). No caso de Kathleen, “a psicoterapia poderia ter ajudado nesse ponto” (1955/2000 p. 195).

## 6. Dados da mãe sobre a segunda fase aguda, com comentários clínicos de Winnicott (tópico 6)

### 6.1 Agravamento da doença: necessidade de defesas mais primitivas

**O** 1955/2000, pp. 190-191

Agora, porém, surgia a ameaça de um retorno dos sonhos intoleráveis pertencentes à rivalidade com o homem, e ela teve que recorrer a defesas mais primitivas.

### 6.2 Novos sintomas paranoides

**P** 1955/2000, p. 191

[...] mas uma semana depois voltou da escola falando de modo estranho sobre um homem que queria levá-la para a água. Disse que todas as crianças que foram com ele para a água ganharam roupas novas.

**Comentário:** Não é apresentada uma etiologia específica e precisa para este surto. Parece que este decorreu da falta de atendimento do problema de rivalidade (conflito interno) que pressionava a unidade pessoal, resultando da dissociação (não, repito, da cisão) entre o lado feminino (identitário) e o masculino (fazedor) do seu si-mesmo e na falha de controle do destino desse segundo lado (ver no que segue o tema “Resultados teóricos”).

### 6.3 Mais sintomas paranoides com a aproximação do casamento

#### a) Medos

**Q** 1955/2000, p. 191

Passou a sentar-se e ficar olhando o vazio, recusando-se a falar. Certa manhã olhou para sua irmã e uma amiga e gritou aterrorizada para a mãe: “Manda elas embora”. Disse que seus rostos pareciam horríveis de tão feios e que não suportava vê-los. Ela estava alucinando. Num outro momento, na rua, gritou: “Manda embora todo o mundo. Não deixa eles ficarem em volta de mim”. Tornou-se intensamente preocupada.

**Comentário:** A mãe é o único relacionamento seguro, a presença de todas as outras pessoas a apavora.

#### b) Mudança de comportamento

**R** 1955/2000, pp. 191-192

(1) Já não se interessava por qualquer tipo de brincadeira, e deu suas bonecas.

[...] (2) Seguia sua mãe o tempo todo e não a perdia de vista. Chorava toda noite ao ir dormir e queria que a mãe ou o pai ficasse a seu lado. Não suportava ouvir o nome de sua escola e cobria o rosto com as mãos quando alguém o pronunciava.

[...] (3) Durante um certo tempo ela não suportava ver a sua irmã mais velha. Por outro lado, passou a usar a irmã menor para representar um aspecto normal de si mesma, onde ela podia continuar existindo enquanto estava tão doente, da mesma forma como outros pacientes utilizam um gato ou um cachorro ou um patinho. Se antes ela gostava muito de suas bonecas e as mantinha muito arrumadas sobre sua cama, agora as deixou de lado e as deu para o bebê.

**Comentário:** (1) Perda de relacionamento com objetos. (2) Regressão ao colo da mãe a aos cuidados do pai. (3) Repúdio à irmã mais velha, contadora da história de terror, e uso defensivo da irmã mais nova no papel do seu si-mesmo sadio anterior à crise. Ver a repetição desse mesmo uso da irmã mais nova no primeiro acompanhamento posterior.

#### 6.4 *Diagnóstico e etiologia*

A doença entrou numa fase psicótica (ver abaixo, resumo clínico) no momento de um evento familiar, o casamento (tópicos 7 e 8). Não se trata de defesas psicóticas rígidas.

**S** 1955/2000, p. 191

Ela havia se tornado um caso de psicose. [...] perto do casamento ficou realmente muito doente, de um modo que lembrava mais uma doença de hospital psiquiátrico do que uma psicose.

**T** 1955/2000, pp. 195-196

À medida que o casamento se aproximava, a menina desenvolveu uma defesa mais patológica. Ela desenvolveu uma psicose, retraiu-se, e ficou preocupada em cuidar de si mesma dentro de si mesma. Isto a colocou numa situação de vulnerabilidade, pois não lhe sobrava tempo para lidar com o mundo externo. Dizendo de outro modo, ela se tornou paranoide.

**Comentário:** A defesa por repressão contra o lado masculino conflituoso e não integrado revelou-se ineficiente e foi substituída pela regressão severa, tanto pessoal (retraimento, vulnerabilidade) como somática (perda da liberdade de movimento e da agressividade) para o colo materno. No entanto, apesar de exibir essa sintomatologia psicótica aguda, Kathleen não era uma psicótica, apenas estava doente “de uma forma psicótica”. Também Piggie se comportou algumas vezes como “uma criança psicótica” (1977/1987, p. 47). Esse processo defensivo regressivo – que produz sintomatologia psicótica mais severa em substituição da sintomatologia neurótica menos severa, que não conseguiu atendimento adequado para o problema maturacional (e já assinalava o conflito interno angustiante) – pode ser visto como o inverso do processo de defesa dos pacientes borderline que recorrem à neurose, defesa mais amadurecida, quando falham as modalidades de defesa mais primitivas, tipicamente psicóticas, erguidas por meio de desintegração e cisão (ver Winnicott, 1961b/2005), contra a irrupção de angústias também psicóticas, porque impensáveis. A regressão foi atendida pela mãe e pela família o que propiciou a retomada do processo de reestabelecimento. As aquisições maturacionais incluem a recuperação da agressividade, em particular da fantasia destrutiva e contato com os brinquedos (ver o tratamento com Winnicott) e a integração pessoal (do “ego”) no tempo e espaço e capacidade de relacionamento social (ver a primeira sessão de acompanhamento posterior).

**Leitura complementar:**

## 1. Os dois triângulos edípicos

U1 1956/2000, p. 420

Na raiz da neurose propriamente dita encontra-se a situação triangular, um relacionamento entre três pessoas, tal como ele surge pela primeira vez na vida da criança. Meninos e meninas desenvolvem-se de modos diferentes nesse estágio, mas sempre existem os dois triângulos, aquele baseado na posição heterossexual e aquele baseado na posição homossexual, e disto se deduz facilmente quanto espaço há aqui para a complexidade.

**Comentário:** Os dois triângulos podem ser explicados em termos da bissexualidade.

## 2. Bissexualidade humana

U2 1966/2005, p. 187

Todo mundo é bissexual, no sentido da capacidade de se identificar com o homem e a mulher. Há, contudo, uma grande diferença entre uma personalidade unificada, tal como a de um homem com capacidade de identificação com uma mulher, e uma coisa similar, mas diferente, um homem masculino com um *self* [si-mesmo] de mulher cindido.

**Comentário:** O lado masculino de Kathleen não era cindido (*split off*) como era o do paciente FM (ver *Explorações psicanalíticas*, capítulo 28), apenas “muito mais difícil de trazer para a consciência”, ou seja, para integrar na sua personalidade consciente. Isso permite supor que um fator contribuinte para o desenvolvimento da neurose por parte de Kathleen não era a cisão, mas a fraqueza do seu eu decorrente de algum problema anterior não especificado no material apresentado (sobre esse fator etiológico, ver *Explorações psicanalíticas*, p. 58).

## 3. Regressão como alternativa para a neurose

U3 1961a/1994, p. 56

(1) Mesmo no meio ambiente mais satisfatório possível, a criança tem impulsos, ideias e sonhos em que há um conflito intolerável: conflito entre amor e ódio, entre o desejo de preservar e o desejo de destruir e, de maneira mais sofisticada, entre as posições heterossexual e homossexual na identificação com os pais. (2) Tais ansiedades são de se esperar; fazem parte da história e implicam em estar viva a criança.

(3) Esta, contudo, acha intoleráveis certos aspectos das ansiedades e, dessa maneira, começa a estabelecer defesas. Estas defesas se organizam e, então, falamos de psiconeurose. A psiconeurose é a organização de defesas contra uma ansiedade do tipo que estou descrevendo.

(4) Naturalmente, a criança pode regredir à dependência infantil e a padrões infantis, pode perder as qualidades fálicas e genitais que se tornaram uma característica, na fantasia e no brincar que combinam com a excitação, e pode retornar a uma existência oral ou de trato alimentar, ou até mesmo a uma perda das primeiras conquistas da integração e de ter uma capacidade para relacionamentos objetivos; pode até mesmo perder um pouco do contato estreito que se desenvolveu entre sua psique e seu corpo. Então, não falaríamos aqui de psiconeurose.

**Comentário:** (1) À luz desse trecho e levando em conta os dados levantados por Winnicott na entrevista com a mãe, é possível dizer que Kathleen usou seu lado masculino para desenvolver uma identificação homossexual com o tio (e anteriormente com o pai?), que a levou ao conflito com ele em relação à tia. Ficou angustiada. (2) Até aí, a condição dela era de normalidade. (3) Contra o que foi intolerável na sua angústia, Kathleen desenvolveu defesas psiconeuróticas, a saber, a *repressão* intrapsíquica do lado masculino da sua personalidade apoiado em instinto genital, mas não uma *organização*, um *padrão rígido* de auto repressão. (4) Diante da insuficiência da defesa desenvolvida e não tratada, para se livrar das angústias persistentes do tipo neurótico ela utilizou a outra via, e regrediu à dependência infantil da mãe e da família ao longo da linha identitária, isto é, largou certas conquistas da integração e parte da capacidade para relacionamentos objetais, em particular a agressividade demonstrada antes de várias maneiras contra a tia e o tio. Ambas as perdas serão reparadas durante o tratamento com a mãe e com Winnicott (ver “Resultado terapêuticos”).

#### 4. Uso defensivo da regressão pessoal

V 1963/1983, pp. 229-230

(1) 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. (2) Tais fases de mimo podem melhorar sem o envolvimento de um médico ou de uma clínica de orientação infantil. (3) 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.

**Comentário:** (1) Regressão a serviço do ego favorece a tendência para a recuperação da unidade pessoal perdida ou ameaçada. (2) Pode ser eficiente sem acompanhamento médico ou assistencial profissional. (3) Regressão é fato observado na vida familiar comum, quando os pais cuidam dos filhos e não são movidos por suas próprias angústias.

#### 6.5 O início gradual e contínuo da recuperação da fase psicótica

W 1955/2000, p. 192

Gradativamente, depois de mais uma semana ou duas, a gravidade da doença começou a diminuir, e essa melhora, ainda que ligeira e gradual, manteve-se firme até a recuperação final da criança, um ano depois.

**Comentário:** Tudo se passa como se a paciente, por não ter recebido a ajuda que necessitava, tivesse tentado de novo conseguir essa ajuda, produzindo sinais de SOS mais estridentes, a saber os sintomas psicóticos. Esses sinais mais incômodos foram entendidos e

atendidos intuitivamente pela mãe e por ela e pela família, o que resultou na segunda recuperação, desta vez estável, conforme explicitado a seguir.

## 7. Winnicott entra em cena (tópico 14)

### 7.1 Recusa do pedido de internação

Winnicott recebeu o pedido do psiquiatra da Clínica de Assistência à Infância de internação de Kathleen (1955/2000, p. 188) e, depois de falar com a mãe, recusou-o.

### 7.2 O estágio da doença em que Winnicott entra em contato com a mãe

Winnicott entrou em contato direto com o caso via mãe, quando Kathleen já havia iniciado a recuperação gradual da fase psicótica da doença (1955/2000, p. 191).

### 7.3 Surpresas e descobertas

a) Winnicott ficou intrigado com o início da recuperação gradual

**X** 1955/2000, p. 192

Entrei em contato com o caso justamente depois dessa ligeira melhora, quando a pior fase da doença já tinha passado, e perguntei a mim mesmo o que havia possibilitado essa melhora. Teria sido porque o casamento já havia ocorrido, ou alguma outra coisa teria ajudado?

b) Winnicott descobre a capacidade terapêutica dois pais

**Y** 1955/2000, p. 187

Na primeira entrevista foi possível chegar a uma conclusão definitiva quanto ao aspecto psicopatológico da situação, e formar uma hipótese quanto à capacidade dos pais de lidar com a criança durante a sua doença.

**Comentário:** Winnicott chega à etiologia e ao diagnóstico da condição de Kathleen, e ao papel desempenhado pelo ambiente na fase psicótica.

c) Dá-se conta que não poderia ter fornecido nada melhor do que a residência familiar

**Z** 1955/2000, p. 193

Tive que perguntar a mim mesmo se eu poderia fornecer algo melhor do que ela estava recebendo em casa, e cheguei à conclusão de que não.

d) Descarta a ideia de internar Kathleen

**AA** 1955/2000, p. 192

Eu já tinha me decidido a não levar a criança e interná-la, porque não era muito provável conseguir um lugar onde ela fosse adequadamente cuidada.

## 8. Ajuda de Winnicott à mãe na provisão do ambiente necessário (tópico 14)

### 8.1 Winnicott explicando à mãe o que ela está fazendo

**AB** 1955/2000, p. 193

Expliquei à mãe o significado do que ela estava fazendo e perguntei-lhe se ela podia continuar. Ela disse: “Agora que você me explicou o que estou fazendo, posso continuar. Quanto tempo isto vai durar?” A isto eu tive que responder: “Não sei, mas possivelmente alguns meses”.

## 8.2 *Cooperação das autoridades locais*

**AC** 1955/2000, p. 188

Obtive a cooperação das autoridades locais até mesmo quando solicitei que ninguém fosse autorizado a visitar a família, e ao longo de um ano assumi a responsabilidade total, simplificando assim a tarefa da mãe.

## 8.3 *Winnicott ajudando a mãe em outros ambientes sociais, isto é, fazendo trabalho de assistência social*

**AD** 1955/2000, p. 193

Desse modo, ajudei a mãe em sua tarefa através de uma carta que mandei às autoridades locais pedindo que ninguém visitasse a casa, nem da clínica nem da escola, e a cooperação foi total.

**Comentário:** Winnicott também manejou o ambiente social mais amplo, do qual a mãe e a família dependiam. Isto ilustra um importante princípio da terapia maturacional de Winnicott, que diz que o cuidado fornecido pelas instituições, seja ele natural, como a família, ou intencionalmente criado, como as clínicas, pode ser terapêutico (1970/1999, pp. 113-114).

## **9. Recuperação gradual da paciente na fase psicótica aguda (tópico 14)**

Segue a descrição de alguns aspectos da recuperação gradual da paciente na fase psicótica aguda, facilitada principalmente pela mãe no *setting* familiar.

### 9.1 *Ampliação do círculo da família*

Seguiu-se um processo gradual de recuperação da criança da segunda fase psicótica aguda e do papel terapêutico do *setting* familiar: ampliação do círculo de normalidade.

**AE** 1955/2000, p. 188

No início a criança ficava tranquila apenas quando em contato físico com a mãe, mas já na época da consulta surgira um círculo de alguns metros em volta da mãe em que ela podia permanecer sem entrar em angústia extrema.

**AF** 1955/2000, p. 193

Dentro desse contexto artificialmente paranoide [criado pela mãe], a criança foi capaz de abandonar gradualmente seu próprio retraimento paranoide. Em vez de conseguir suportar a vida apenas enquanto se mantinha agarrada à mãe, agora ela passou a se comportar de um modo bastante normal dentro de um círculo de alguns metros ao seu redor. Foi notável o modo como as crianças e também os adultos adaptaram-se às necessidades da menina. O círculo dentro do qual ela agora se sentia segura foi aumentando cada vez mais, até tornar-se do tamanho da casa, e até maior.

### 9.2 *Aceitação na família do assistente social da escola*

**AG** 1955/2000, p. 193

Quando a criança começou a melhorar, o assistente social da escola foi a primeira *persona grata*, e é interessante observar que seu recente falecimento provocou uma lacuna na família, tão afeiçoados tornaram-se todos eles em relação a esse homem.

### 9.3 Recuperação gradual da casa, desse funcionamento como hospital mental. Desadaptação do setting

**AH** 1955/2000, p. 188

De fato, ela (mãe) manteve a atmosfera de hospital psiquiátrico até que a criança estivesse pronta para que as coisas voltassem ao normal. A recuperação gradual da normalidade doméstica ocorreu na medida em que a criança deixava de lado a sua organização defensiva paranoide.

**Comentário:** Ver a informação adicional na seção sobre o primeiro acompanhamento.

## 10. Tratamento com Winnicott (tópico 14)

### 10.1 Winnicott como um segundo terapeuta individual

Winnicott atuou como um segundo terapeuta individual e o seu *setting* individual foi complementar ao *setting* familiar e ao manejo da família, e ele sentiu que esse trabalho em clínica privada, com a presença da mãe foi uma contribuição útil para o tratamento materno e familiar.

**AI** 1955/2000, p. 187

A forma do tratamento foi estabelecida por mim, e isto implicou em que durante vários meses tive entrevistas semanais de dez a vinte minutos com a mãe e a criança.

**AJ** 1955/2000, p. 188

Foi feito um trabalho direto com a criança durante suas visitas semanais, que eram necessariamente curtas pelo fato de eu não ter uma hora vaga para tratar do caso naquela época. O que pôde ser feito nesses breves contatos não foi a parte essencial e nem a mais importante do tratamento, mas de fato representou uma contribuição bastante útil.

**AK** 1955/2000, p. 193

(1) Ao longo de todo esse tempo [depois de Winnicott ter entrado no tratamento], ainda que isto contrariasse a ideia do lar como um sistema fechado, a mãe trouxe a criança ao meu consultório uma vez por semana para um breve contato. (2) A cada semana eu explicava à mãe o que estava acontecendo (3) e dava à menina a oportunidade de ser negativista.

**Comentário:** (1) A mãe sente a necessidade em ajudar a filha a se livrar da defesa pelo fechamento rígido no espaço-tempo familiar. (2) As explicações de Winnicott que visavam ajudar a mãe a compreender que o que estava acontecendo não eram, obviamente, interpretações no sentido tradicional (decifrando os segredos do inconsciente reprimido) mas, aparentemente, apenas uma sequência de comentários clínicos sobre o que a mãe estava fazendo, de diferentes maneiras, para ajudar a filha. Estes comentários foram baseados na sua interpretação dos dados recolhidos através da história com a própria mãe e baseados na sua teoria de amadurecimento e da patologia maturacional. (3) “Negativismo” da paciente é um termo da nota médica (ver acima).

### 10.2 Manejo das sessões com Kathleen resultando em mudanças positivas

Relacionamento com Winnicott no ambiente de Winnicott (consultório, sala de brinquedos).

AL 1955/2000, pp. 193-194

[...] (1) e dava à menina a oportunidade de ser negativista. Ela se recusava a entrar na minha sala de brinquedos. Tinha um aspecto selvagem e desafiador, e na maior parte do tempo limitava-se a ficar junto da mãe, batendo o pé, cuspidando e esbravejando, utilizando palavras de baixo calão. Parecia um animal selvagem. Às vezes dizia: “Cala a boca, eu vou te matar”, ou então “Não, não, não.” É difícil descrever a violência com que me repudiava. (2) Após várias consultas, a menina aceitou fazer uma rápida visita à sala de brinquedos antes de ir embora. Ficou então sabendo que ali havia brinquedos, e depois de várias semanas finalmente tocou em um deles. (3) Certa vez, apesar de recusar-se a pegar um carretel de papelão da minha mão, ela olhou para a minha janela depois de ir embora, quando já estava na rua, e quando eu o joguei lá para baixo ela o pegou e levou para casa. (4) Essas visitas ao meu consultório eram aceitas pela menina como se fossem uma excursão fora de casa, a única que ela tolerava. Aos poucos, depois de muitas visitas, ela começou a ceder e a me aceitar.

**Comentário:** (1) O “negativismo” de Kathleen era comportamental e verbal, e violento.

Pelo que tudo indica, é de se supor que a origem de sua violência nessa segunda fase da doença não estava na frustração do instinto, seja secundário seja primitivo, mas na reação à interrupção da continuidade de ser causada pelo conflito interno não acudido; esse conflito gerou o *desmoronamento relativo* da personalidade, experienciado na angústia não psicótica, mas do tipo psicótico, o que chamava por defesas do mesmo tipo, tais como o repúdio a tudo que é externo, incluindo o terapeuta e seus brinquedos. (2) Começo de contato com o externo mediante brinquedos. (3) Gesto genial de Winnicott: percebendo a capacidade de Kathleen de confiar nele para superar, isto é, para integrar sua negatividade, ele favoreceu a continuidade do contato facilitador justamente na hora de partida. (4) O lado masculino integrado, as consultas mudam de caráter e passam a valer como visitas sociais (ver o segundo acompanhamento).

### 10.3 Entrevistas finais

AM 1955/2000, p. 194

Houve um longo intervalo durante o qual eu não a vi por causa das férias. Depois disso, eu a percebi tão melhor que parei com as visitas, mas aconselhei os pais, a escola e os assistentes sociais a permitirem que a melhora prosseguisse sem pressa e de modo natural.

## 11. Uma recaída (tópico 14)

AN 1955/2000, p. 194

(1) Houve ainda um último episódio, que aconteceu quando ela ia passar um tempo com os tios recém-casados. A tia não pôde recebê-la, e (2) por algumas semanas ela retornou – com intensidade bem menor à sua doença. Todos os sintomas eram perceptíveis, (3) mas após umas poucas semanas a melhora espontânea voltou a ocorrer.

**Comentário:** (1) Nova situação familiar, semelhante à que causou a crise inicial. (2) Repetição de reação defensiva. (3) A primeira recuperação espontânea aconteceu na fase neurótica, mas foi apenas temporária. As razões disso são explicitadas abaixo, na seção sobre resultados teóricos ilustrados pelo caso. Essa nova recuperação espontânea se manteve estável.

## 12. Resultados terapêuticos (tópico 15)

AO 1955/2000, p. 194

Quinze meses após o surgimento da doença, ela estava de volta à escola. Os professores disseram que ela havia obviamente perdido muita coisa, mas a aceitaram e voltaram a tratá-la quase como o faziam antes.

**Comentário:** Trata-se de resultado constatado pela escola. Em Acompanhamentos (a seguir) serão explicitados outros resultados.

## 13. O primeiro acompanhamento posterior (tópicos 15 e 18)

### 13.1 Dois anos depois: uma sessão por demanda com Winnicott

AP 1955/2000, pp. 194

(1) Cerca de dois anos depois ela disse à sua mãe: “Eu quero visitar o Dr. Winnicott e quero levar minha irmãzinha”. A visita foi combinada. (2) Ao entrar em minha sala ela obviamente sabia o que iria encontrar ali, e passou a mostrar os brinquedos à irmã. Eu não podia ter certeza, antes disso, de que ela havia notado os brinquedos. A irmã brincou inteiramente sozinha, usando normalmente os brinquedos, e eu dividi a minha atenção entre as duas crianças. (3) Kathleen brincou de construir uma estrada muito longa, usando as muitas casinhas de brinquedo que eu tinha então no consultório. Ela estava claramente pedindo uma interpretação, e eu então pude explicar-lhe que o que ela estava fazendo era juntando o passado e o presente, unindo a minha casa à dela, integrando a sua experiência passada com o presente. (4) Foi por isto que ela tinha vindo, e também para que eu soubesse que ela tinha usado a sua irmã menor como a parte saudável de si mesma. (5) Pouco a pouco, ao longo de sua melhora, ela trouxe de volta o seu eu normal que estava com a irmã, e voltou a ter com ela um relacionamento normal.

**Comentário:** (1) Exemplo de atendimento sob demanda (ver 1977/1987). Como será visto no relato seguinte, é importante notar a menção explícita à irmã mais nova no pedido de visita. Tratava-se uma espécie de recapitulação de todo o processo terapêutico com Winnicott, semelhante ao sonho da piscina de Piggie (sessão 15). (2) O uso da irmã mais nova para revelar a existência do seu lado sadio, inicial, que, no entanto, foi encoberto pelas defesas, primeiro, pelas neuróticas e, em seguida, pelas do tipo psicótico. (3) Segunda tarefa da visita: mostrar e ver interpretada, compreendida, e, desta feita, atendida, a necessidade de estabelecer a conexão entre o seu passado de doente e o seu estado atual sadio; integrar esse passado no presente com uma abertura para o futuro. (4) As duas tarefas da visita são identificadas (ver 1977/1987), a respeito de tarefas trazidas por Piggie para as sessões e especificadas por Winnicott). (5) Melhora do relacionamento com a irmã mais nova após a recuperação do seu si-mesmo normal (*normal self*). Ver acima o uso diferente, defensivo, da irmã mais nova.

### Leitura complementar:

#### 1. Função integrativa da psique I: temporalização

AQ 1988/1990, p. 37

A psique começa como uma elaboração imaginativa das funções somáticas, tendo como sua tarefa mais importante a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro.

**Comentário:** A elaboração permite a integração das funções somáticas, em primeiro lugar, a sua localização no tempo do amadurecimento.

## 2. Função integrativa da psique II: estabelecimento do si-mesmo

AR 1988/1990, p. 46

(1) A parte psíquica da pessoa ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo. (2) Emergindo do que se poderia chamar de elaboração imaginativa das funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique (especificamente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, (3) dá sentido ao sentimento do eu, (4) e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo.

**Comentário:** (1) A função da psique é estabelecer relacionamentos, internos à pessoa, com o corpo e com o mundo externo. (2) Insere as funções somáticas no tempo. (3) Propicia a aquisição do senso de si mesmo e (4) a personalização (o alojamento do si-mesmo no corpo).

## 3. Função integrativa da psique III: relacionamento com o mundo externo, confronto, escolhas

AS 1988/1990, pp. 46-47

(1) A psique, desenvolvendo-se desta maneira, torna-se possuidora de uma posição a partir da qual é possível relacionar-se com a realidade externa, torna-se algo que é capaz de criar e de perceber a realidade externa, torna-se um ser qualitativamente enriquecido, em condições de ir além daquilo que se pode explicar pelas influências ambientais, e (2) capaz não apenas de se adaptar, mas também de se recusar a se adaptar, e (3) de se transformar numa criatura com algo que parece ser capaz de fazer escolhas.

**Comentário:** (1) No processo de amadurecimento, a psique abre o caminho para percepção, criação e incorporação do mundo externo, (2) fundamenta a capacidade de dizer não (e, no limite, de agredir) e (3) torna-se base do viver livremente.

### 13.2 Um complemento ao histórico do caso

AT 1955/2000, p. 194-195

Após a recaída que se seguiu ao fato de a tia não poder hospedá-la, a mãe sentiu que ela *tinha que afastar um pouco a criança, por não conseguir modificar* o relacionamento que se havia criado entre as duas, baseado na administração [manejo, *management*] da doença mais do que no fato de serem mãe e filha. A mãe assumiu o risco de mandá-la para a casa de outros parentes, e ao voltar desse feriado Kathleen parecia praticamente normal, dormindo bem, brincando e compartilhando, e menos propensa a ataques de mau humor do que antes de adoecer.

**Comentário:** Nessa sessão, Winnicott ficou sabendo que a mãe, que organizou o *setting* familiar original para manejar a fase psicótica da doença de Kathleen (com a tia incluída), decidiu por si própria criar um novo *setting* com outras figuras da família, durante um feriado, de forma a facilitar uma recuperação mais completa. A mãe mudou o manejo do caso. Isso ajudou a recuperação espontânea mencionada acima.

## 14. O segundo acompanhamento posterior (tópicos 15 e 18)

### 14.1 *Caraterísticas de personalidade de Kathleen numa idade posterior*

AU 1955/2000, p. 195

Recentemente sugeri uma visita amigável. A mãe veio com muito boa vontade, trazendo todas as três filhas. A irmã mais velha, agora com 19, é esperta, bem-educada, tem um bom emprego e estava vestida com muito bom gosto. Sylvia, agora com 9 anos, está se desenvolvendo bem. Kathleen, com 13 anos e meio, dá uma impressão bastante normal, mas é um tanto intensa e não tem a inteligência viva da irmã. Ficou muito contente em me ver, e falou sobre a vida de um modo bem maduro. Na escola as coisas vão indo bem, mas ela não é muito boa em somas. Nos demais aspectos ela estava dentro da média. Soube que em geral gostam dela, apesar de não ter muitos amigos. Começou a aprender a bordar, e os professores têm certeza de que se sairá muito bem.

**Comentário:** Esta não foi uma consulta por demanda, mas, como Winnicott diz, uma visita amigável requisitada por ele mesmo com a finalidade de acompanhar o caso, na qual estiveram presentes a mãe e as três filhas, isto é, as principais figuras do caso.

### 14.2 *Confirmação da recuperação e identificação dos agentes terapêuticos*

AV 1955/2000, p. 195

Assim, é possível dizer que ela se recuperou. Eu ajudei, à minha maneira. Os pais fizeram o trabalho mais importante, e para fazê-lo não foi preciso que eles fossem inteligentes. Tiveram apenas que sentir que valia a pena fazer uma adaptação temporária às necessidades de sua filha doente.

**Comentário:** Winnicott confirma que o tratamento de Kathleen, mediante o manejo em casa ajudado por ele, foi bem-sucedido.

## 15. Resultados teóricos ilustrados pelo caso (tópico 17)

### 15.1 *Sobre o tratamento necessário: manejo*

AW 1955/2000, p. 188

Portanto, foi mais o manejo do que uma psicoterapia propriamente dita que permitiu a volta da criança a uma condição normal ou quase normal.

### 15.2 *Sobre a etiologia da doença de Kathleen*

AX 1955/2000, pp. 195-196

(1) Gostaria de comparar a doença neurótica com o desenvolvimento psicótico. Certos conflitos entre sua identificação com o lado masculino (homossexual) não estavam disponíveis para a sua consciência, impedindo que ela elaborasse um relacionamento satisfatório entre seu eu masculino e o futuro tio. (2) Disto derivou a potencialidade traumática da situação do casamento. (3) A história de terror fez com que esse conflito viesse à tona, acarretando uma grave ansiedade. (4) A psicoterapia poderia ter ajudado nesse ponto. (5) À medida que o casamento se aproximava, a menina desenvolveu uma defesa mais patológica. (6) Ela desenvolveu uma psicose, retraiu-se, e ficou preocupada em cuidar de si mesma dentro de si mesma. Isto a colocou numa situação de vulnerabilidade, pois não lhe sobrava tempo para lidar com o mundo externo. Dizendo de outro modo, ela se tornou paranoide.

**Comentário:** (1) A “psicose” paranoide de Kathleen foi um reforço das defesas contra conflitos internos de uma pessoa total (ver acima história do caso) e não uma defesa do tipo

psicótico contra um colapso (aniquilamento) da pessoa total. (2) Quando surgiu, a psicose era um desenvolvimento do estado clínico do tipo neurótico não atendido, não a sua principal característica, nem um padrão. Fenômenos semelhantes são observados em casos de deprivação, nos quais angústias impensáveis surgem da perda súbita do ambiente até então suficientemente bom e que podem também ser experimentados por uma pessoa total (1967a/1999, pp. 83-84). (3) A história de terror permitiu que o contato com a conflito inconsciente, mas, ao mesmo tempo, potencializou seus efeitos. (4) Como não se tratava de psicose, uma terapia conduzida em termos da análise do tipo winnicottiano (ver 1962/1983) poderia ter sido eficaz. (5) A aproximação do casamento, fator externo, aumentou a intensidade do conflito interno. (6) Seguiu-se distanciamento ainda maior do mundo externo que contribuiu para a configuração de sintomatologia psicótica.

### *15.3 Considerações de Winnicott sobre seu papel no tratamento da fase psicótica aguda da doença de Kathleen, comparando com o papel dos pais.*

AY 1955/2000, p. 196

(1) Minha participação teve início quando essa organização defensiva mais psicótica (da segunda fase) já estava estabelecida. (2) Se eu pudesse tratar da menina de um modo mais profundo, em vez de simplesmente deixar que ela viesse e cuspsse, meu consultório teria adquirido gradualmente a atmosfera de hospital psiquiátrico que acabou surgindo em sua casa. Mas não foi preciso que eu o fizesse. Os pais forneceram um contexto no qual ela podia viver. Foi possível a ela identificar-se com sua própria casa (modificada), porque esta havia assumido a forma de suas defesas.

**Comentário:** (1) Kathleen desenvolveu uma organização “mais psicótica” e não psicótica. (2) Winnicott faz notar que não poderia ter começado o tratamento simplesmente deixando que Kathleen ficasse agressiva. Ela era paranoide precisamente por não saber como lidar com sua agressividade. Antes disso, ele teria de providenciar um ambiente que ajudasse Kathleen a se defender contra medos de perseguição já que ela própria mal podia fazê-lo. (3) Foi isso que os pais providenciaram: por identificação cruzada individual e familiar, eles assumiram como suas e reproduziram no âmbito familiar as defesas paranoides de Kathleen. Nesse ambiente, ela foi dispensada da necessidade de manter essas defesas e pôde sentir-se segura, o que lhe abriu caminho para a recuperação da espontaneidade, da agressividade e para, de então em diante, retomar seu processo de amadurecimento.

#### **Leitura complementar:**

1. Benefícios do espelhamento do bebê e da criança nas atitudes dos familiares capazes de identificação cruzada

AZ 1967b/1975, pp. 161-162

(1) As considerações que fiz sobre o papel exercido pela mãe, quando devolve ao bebê o próprio eu [si-mesmo, *self*] deste, continua a ter importância em termos da criança e da família. (2) Naturalmente, à medida que a criança se desenvolve e os processos de

amadurecimento se tornam mais apurados, e as identificações se multiplicam, a criança se torna cada vez menos dependente de obter de volta o eu [si-mesmo, *self*] dos rostos da mãe e do pai, e dos rostos de outras pessoas com quem se encontra em relacionamento fraterno ou parental [...]. (3) Não obstante, quando uma família permanece íntegra e tem de si algo em desenvolvimento, durante certo tempo, cada criança extrai benefícios daí: pode ver-se na atitude de cada um dos membros ou na atitude da família como um todo. (4) Podemos incluir nisso tudo tanto os espelhos reais que existem pela casa, quanto as oportunidades que a criança tem de ver os pais e demais pessoas, olhando-se a si mesmos. Compreenda-se, porém, que a significação do espelho real está principalmente em seu sentido figurativo.

**Comentário:** (1) O espelhamento do si-mesmo espontâneo do bebê faz parte da facilitação pela mãe da identificação primária (fusão) do bebê com ela que acontece no estágio de dependência absoluta. (2) Em estágios posteriores, a mãe favorece outros tipos de identificação, o que torna o bebê menos dependente. (3) Mesmo assim, importantes benefícios podem ser extraídos do espelhamento da família tanto pela criança saudável como pela criança com distúrbio maturacional, o que precisamente Kathleen foi capaz de fazer. (4) Os espelhos reais ajudam, mas não no *sentido literal*, que é o de espelhamento do si-mesmo por outras pessoas (note-se a diferença em relação às teses de Lacan sobre o “estádio do espelho”).

## 2. Winnicott sobre a recuperação espontânea nos casos psicóticos

BA 1954/2000, p. 381

Disto deriva o fato, caso seja um fato, de que é da psicose que um paciente pode recuperar-se espontaneamente, enquanto a psicose não permite a recuperação espontânea, tornando o psicanalista realmente necessário. Dito de outro modo, a psicose tem um vínculo estreito com a saúde, pelo qual muitas falhas ambientais congeladas podem ser recuperadas e descongeladas pelos muitos fenômenos curativos da vida cotidiana, tais como as amizades, os cuidados recebidos durante uma doença física, a poesia etc. etc.

A mim parece que só muito recentemente a *regressão à dependência* passou a receber o lugar que lhe é devido nas descrições clínicas da literatura psicanalítica. O motivo para que assim seja deve ser o de que só recentemente começamos a nos sentir suficientemente sólidos em nossa compreensão do psicossoma [psique-soma, *psyche-soma*] e do desenvolvimento mental, a ponto de estarmos em condições de avaliar e admitir o papel desempenhado pelo ambiente.

**Comentário:** Esta citação, extraída de um texto publicado em 1954, um ano antes do relato de Kathleen, pode ser usada para explicar por que a recuperação espontânea da fase neurótica da doença de Kathleen foi apenas temporária e porque a psicoterapia poderia ter ajudado neste estágio. Evidencia também a importância do ambiente que permite o recomeço dos processos maturacionais, o que é um aspecto original da teoria winnicottiana do desenvolvimento humano e do tratamento de distúrbios maturacionais. No caso de Kathleen, Winnicott descobriu, como vimos, que

a cura da doença na fase psicótica foi facilitada pelo ambiente familiar e que ele não poderia ter feito melhor do que já estava sendo feito pela família. Embora não soubesse do diagnóstico nem da etiologia, a família foi capaz de fornecer o *setting* necessário, o relacionamento e a continuidade da provisão ambiental que resultou na recuperação da paciente. Winnicott não interveio como psicanalista nem como psicoterapeuta e fez pouco mais do que ajudar a mãe na função de assistente social psiquiátrico.

## 16. Resumo dos principais aspectos do caso (tópico 16)

**BB** 1955/2000, p. 196

Resumo

(1) Foi apresentado um caso de psiquiatria infantil no qual uma família da classe trabalhadora foi autorizada a tratar de uma criança psicótica ao longo dos 15 meses de sua doença. (2) A família foi ajudada por um atendimento mínimo à criança, e por meio de orientação. O tempo total dedicado por mim a esse caso foi de apenas algumas horas, distribuídas ao longo de vários meses.

**Comentário:** Esse resumo, antecipando na apresentação do caso (ver o tema 1), é um tanto esquemático, o que parece indicar que se trata sobretudo de não deixar um tópico da estrutura paradigmática do caso sem ilustração por um conteúdo temático explicitamente identificado.

## 17. A utilidade do caso (tópico 1 e 17)

### 17.1 A utilidade para os assistentes sociais

**BC** 1955/2000, p. 196

Talvez este caso possa ajudar os assistentes sociais de crianças a compreender o que acontece quando certas crianças utilizam as famílias adotivas ou os internatos de modo positivo.

**Comentário:** No resumo, Winnicott reafirma o objetivo principal do relato já mencionado no tema 1.

### 17.2 Outras utilidades possíveis

Em ensino e exemplificação sobre *settings*, relacionamento terapêutico, manejo com crianças etc<sup>7</sup>.

## Referência básica

Winnicott, D. W. (1955). Um caso tratado em casa. In Winnicott, 1958/2000, pp. 187-198.

## Referências recomendadas

Winnicott, D. W. (1948). Pediatria e psiquiatria. In Winnicott, 1958/2000, pp. 233-253.

---

<sup>7</sup> Sobre a utilidade dos casos clínicos de Winnicott, ver Loparic, 2023.

- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In Winnicott, 1958/2000, pp. 374-392.
- Winnicott, D. W. (1956). Pediatría e neurose da infância. In Winnicott, 1958/2000, pp. 417-423.
- Winnicott, D. W. (1967b). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In Winnicott, 1971b/1975, pp. 153-162.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Título original: *Human nature*)

## Referências

- Loparic, Z. (2023). A estrutura e os usos dos casos clínicos de Winnicott. In *Boletim Winnicott no Brasil*, edição 2023, Área IBPW, Artigos.
- Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In Winnicott, 1958/2000, pp. 218-232.
- Winnicott, D. W. (1957). Prefácio do autor. In Winnicott, 1958/2000, pp. 7-8.
- Winnicott, D. W. (1958). *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Título original *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. (1961a). Psiconeurose na infância. In Winnicott, 1989/1994, pp. 53-58.
- Winnicott, D. W. (1961b). Carta 82 – para Masud Khan, 26 de junho. In Winnicott, 1987/2005, pp. 160-161.
- Winnicott, D. W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In Winnicott, 1965a/1983, pp. 152-155.
- Winnicott, D. W. (1963). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In Winnicott, 1965a/1983, pp. 225-233.
- Winnicott, D. W. (1965a). *O ambiente e os processos de maturação – Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Título original *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*.)
- Winnicott, D. W. (1965b). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In Winnicott, 1989/1994, pp. 102-115.

- Winnicott, D. W. (1966). Carta 99 – A um confidente, 15 de abril. In Winnicott, 1987/2005, pp. 186- 187.
- Winnicott, D. W. (1967a). A delinquência como sinal de esperança. In Winnicott, 1986/1999, pp. 81-91.
- Winnicott, D. W. (1970). A cura. In Winnicott, 1986/1999, pp. 105-114.
- Winnicott, D. W. (1971a). 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. (1971b). *O brincar e a realidade*. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Título original: *Playing and Reality*.)
- Winnicott, D. W. (1977). *The Piggie. Relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Tradução de Else Pires Vieira e Rosa de Lima Martins. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Título original: *The Piggie. An Account of the Psycho-Analytic Treatment of a Little Girl*.)
- Winnicott, D. W. (1986). *Tudo começa em casa*. Tradução de Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Título original: *Home is where we start from*.)
- Winnicott, D. W. (1987). *O gesto espontâneo*. Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (Título original: *The spontaneous gesture: the collected letters of D. W. Winnicott*.)
- Winnicott, D. W. (1989). Explorações psicanalíticas (Traduzido por José Octávio de Aguiar Abreu). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Título original: Psycho-Analytic Explorations)