

O caso da mulher que sonhou com uma tartaruga

Z. Loparic

IBPW/IWA

Este texto apresenta um comentário do relato clínico de Winnicott sobre o caso da mulher que sonhou com uma tartaruga elaborado de acordo com os itens da análise estrutural, praticada nas aulas do Curso de Formação oferecido pela Escola Winnicottiana de São Paulo. O caso em questão ilustra falhas no tratamento de uma jovem esquizofrênica *borderline* e sua necessidade de regressão à dependência no contexto da análise modificada de Winnicott.

A estrutura dos casos clínicos de Winnicott

Um estudo comparativo dos casos clínicos de Winnicott revela que, embora esses relatos possam variar quanto a sua articulação conceitual explícita ou à riqueza de dados, eles ilustram pelo menos alguns dos seguintes itens, senão todos:

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

18. Acompanhamento posterior¹.

Considerado no quadro da epistemologia contemporânea (Kuhn, 1962/2009, pp. 57-66), este caso pode ser visto como um *exemplar* particularmente rico e instrutivo dos aspectos revolucionários da teoria e prática clínicas de Winnicott no campo dos distúrbios maturacionais no início da vida, que tendem a levar à esquizofrenia *borderline*.

Utilizarei os 18 itens acima como um esquema para elaborar uma análise estrutural do caso do sonho com a tartaruga, conforme apresentado no capítulo 23 do livro *O ambiente e os processos de maturação* (1965a/1983). A análise terá a forma de um comentário textual contínuo de partes relevantes do capítulo. O resultado será uma espécie de antologia de textos de Winnicott sobre falhas ambientais naturais e profissionais em atender a dependência, que tanto poderá ser utilizada para o estudo do caso quanto servir de modelo para a elaboração de comentários similares sobre os casos clínicos de Winnicott. Esse tipo de escrita não visa a possuir qualidades literárias, mas a favorecer o acesso e a detalhar a estrutura conceitual do texto de Winnicott.

1. Lugar do caso na obra de Winnicott²

1.1 O contexto teórico do relato de caso

1962a/1983, p. 225

A 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. O que acho que deve ser reexaminado de tempos em tempos é a relação entre estes dois tipos de dependência.

1962a/1983, p. 226

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

Comentário: Winnicott apresentou sua teoria da dependência no início da vida e durante a transferência em vários escritos anteriores, por exemplo no livro *O ambiente e os processos de maturação*, (1965a/1983), capítulos 3 e 4, e no livro *Explorações psicanalíticas*, (1989/1994), capítulo 14.

1.2 O tema principal do relato

1962a/1983, p. 225

C (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

¹ Ver mais detalhes em Loparic (2023b).

² Ver outros casos relevantes a este contexto em M. Little, (1990/1992), (1963a/1983, pp. 214-225 e 1963c/1983, pp. 235-238), (1971a/1984), casos 4 e 21, (1988/1990), parte IV, cap. 11, (1964d/2006, pp. 43-46).

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) Ressalta que o tema que Winnicott quer desenvolver não é específico da psicanálise. (2) Um intervalo de tempo bastante grande parece ter se aberto, abrangendo talvez toda a prática médica, desde Hipócrates (cujo juramento, Winnicott nos lembra, contempla que o paciente dependa do médico) até o tratamento analítico contemporâneo de pacientes psicóticos *borderline* – indivíduos que passam a vida defendendo-se de um colapso pessoal ocorrido no início de sua existência e que recorrem a organizações defensivas psicóticas, as quais podem começar bem cedo e irem se tornando cada vez mais complexas. (3) Apresenta breve formulação de um ponto fundamental do capítulo 23 (1962a/1983), que pode ser assim expandido: o colapso da relação de dependência durante o tratamento pode levar ao colapso das organizações defensivas psicóticas existentes na paciente, expondo-a assim ao colapso pessoal original no início da vida. Em outras palavras, a paciente é ameaçada pelo aniquilamento da organização do ego primitiva, do “continuar sendo” e do *self* unitário estabelecido como centro unificado de gestos espontâneos sofridos mas não vivenciados (ver 1963d/1994, p. 73). Esse tipo de trauma repetido exigirá da paciente novas reações defensivas, que poderão levar a mudanças profundas em seu quadro clínico. Essas mudanças não são acessíveis à análise freudiana comum, pois exigem a provisão de oportunidades para a regressão e o tratamento que combinem manejo seguido de interpretação, algo que somente a teoria winnicottiana dos processos maturacionais e da patologia maturacional pode oferecer. Assim, as linhas iniciais deste capítulo afastam Winnicott da análise comum e anunciam uma nova teoria dos transtornos *borderline* e dos procedimentos de tratamento correspondentes. Ver abaixo os detalhes da análise modificada de Winnicott, e ver também em Loparic, (2023c). (4) O ocorrido enunciado aqui (o caso em si do sonho com a tartaruga) é uma exemplificação da falha do terapeuta em atender à necessidade de dependência da paciente na transferência, e é acompanhado de comentários teóricos.

Leitura complementar:

D 1963c/1983, p. 217

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

Comentário: Em 1971, poucos dias antes de morrer, Winnicott pleiteou uma “espécie de revolução” na prática psicanalítica (ver 1971b/2017, p. 355).

2. Fatos do caso

2.1 Episódios traumáticos relacionados à mãe coletados ao longo da análise

E 1962a/1983, p. 226

Minha partida reconstituiu um episódio traumático ou uma série de episódios de seu próprio tempo de lactente.

Comentário: Não há material sobre esses episódios iniciais. Os efeitos negativos da falha de Winnicott (viajar *cedo demais*) parecem indicar que o aspecto traumático foi principalmente temporal e relacionado a ausências da mãe (ou dos pais).

2.2 Terapia prévia

F 1962a/1983, p. 228

A paciente tinha tido vários anos de análise seguindo as linhas habituais por um analista que desencorajava regressão em seu tratamento se isso ameaçasse se tornar fingimento e envolver dependência do analista.

Comentário: O analista anterior atuava dentro do paradigma tradicional e, por causa disso, acreditava que a regressão da paciente significava resistência e busca de satisfações secundárias, devendo, portanto, ser evitada e proibida, o que pode ter tido um efeito negativo sobre a sua recuperação (sobre a “má análise”, ver abaixo).

Leitura complementar: A descoberta por Winnicott da necessidade de regressão é descrita em um texto de 1954.

1954/2000, p. 376

G (1) Em poucas palavras, tive uma paciente (mulher atualmente na meia-idade) que tinha feito uma boa análise normal antes de procurar-me, mas que obviamente ainda precisava de ajuda. **(2)** Este caso deu inicialmente a impressão de pertencer ao primeiro grupo da minha classificação, mas apesar de o diagnóstico de psicose nunca ter sido dado por nenhum psiquiatra, o diagnóstico psicanalítico precisava ser feito em termos de um desenvolvimento muito precoce de um falso eu. Para que o tratamento fosse efetivo, era necessário que houvesse uma regressão em busca do verdadeiro eu. **(3)** Felizmente neste caso foi-me possível lidar pessoalmente com todo o processo da regressão, isto é, sem a ajuda de uma instituição. **(4)** Eu havia decidido no início que o movimento regressivo teria toda a liberdade, e em momento algum-salvo uma única vez ainda nos primeiros tempos-fiz qualquer tentativa de interferir na regressão, que seguia o seu próprio curso. **(5)** (Essa única exceção consistiu numa interpretação dada por mim a partir do material que havia surgido, ligado ao erotismo e ao sadismo orais na transferência. A interpretação era correta, mas chegou seis anos cedo demais, porque eu ainda não acreditava inteiramente na regressão. Para a minha própria segurança, eu precisava testar o efeito de pelo menos uma interpretação comum. Quando chegou o momento adequado para essa interpretação, ela não era mais necessária.) **(6)** Passaram-se entre três e quatro anos antes que o fundo da regressão fosse alcançado, após o que se iniciou um progresso no desenvolvimento emocional. Não houve nova regressão. O caos não se fez presente, mas esteve sempre ameaçando.

Comentário: **(1)** A paciente sentia que uma boa análise comum havia sido insuficiente e que precisava da ajuda de Winnicott, que a essa altura já era fora do comum. **(2)** Winnicott explica a necessidade de mudar o diagnóstico, de psicose para psicose, formulado em seus próprios termos (falso *self*). **(3)** O

tratamento foi realizado em um consultório particular, não em hospital, como sugeria a visão psiquiátrica tradicional de psicose. (4) Foi permitido que a regressão avançasse a pleno vapor. (5) Descreve um teste da utilidade de se interpretar material clínico relacionado ao erotismo e ao sadismo que emerge na transferência, levando Winnicott a duvidar dos resultados: corretos, mas inoportunos e ineficazes, e posteriormente desnecessários. (6) Winnicott descreve, nos termos de sua teoria dos processos maturacionais, a recuperação que se seguiu a uma regressão duradoura.

3. Pessoa do paciente

3.1 *Dados físicos*: mulher, jovem

3.2 *Dados mentais*: inteligente

H 1962a/1983, p. 229, nota de rodapé.

Eu estava claramente influenciado pelo nível intelectual de seu método de apresentar o material.

4. Ambiente familiar e social

Nenhum dado fornecido.

5. Principais figuras do ambiente

A mãe. Nenhum outro dado fornecido.

6. Sintomas

6.1 *A vida sob ameaça de aniquilamento (colapso)*

I 1962a/1983, p. 229

O analista deveria saber por que o paciente preferivelmente se suicidaria a viver sob a ameaça do aniquilamento.

Leitura complementar sobre aniquilação:

1. O aniquilamento e sua causa: falha em oferecer uma provisão básica (ver também abaixo)

J 1962a/1983, p. 231

(1) Em outros estudos examinei com grandes detalhes os tipos de falhas que constituem falhas da provisão básica. (2) 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) Ver, por exemplo, Winnicott, (1960b/1983, seções B e C). (2) Outro nome para aniquilamento é o *rompimento* da continuidade da existência e do estabelecimento do *self* unitário. O aniquilamento se deve a um ambiente imprevisível; nos piores casos, ocorre em um estágio logo após o nascimento, provocado por uma mãe “torturante”, e resulta em um tipo psicótico de angústia intolerável, que poderá ser temida durante toda a vida e exigir a criação de defesas (ver 1963d/1994), mas é diferente da angústia de castração.

2. O aniquilamento não está relacionado à castração ou à separação

K 1960b/1983, p. 42

A ansiedade nesse estágio não é ansiedade de castração ou de separação; ela se relaciona com outras coisas, e é, na verdade, ansiedade quanto a aniquilamento.

Comentário: Aniquilamento não é frustração da necessidade instintiva de satisfação, mas fracasso em satisfazer a necessidade básica do ego e em estabelecer um *self* unitário inicial.

3. Crise de onipotência

L 1962a/1983, p. 231

Devido à falha da mãe na provisão básica, falta a experiência do controle onipotente sobre o fator externo.

Comentário: O indivíduo cuja continuidade da existência foi interrompida no início da vida e que não se estabeleceu como um *self* unitário não é capaz de sofrer por causa de seus instintos. O sofrimento vem de *não se sentir onipotente*, isto é, um centro integrado e soberano de gestos espontâneos, que abarcam tudo do mundo externo, incluindo os próprios instintos, que se apresenta ao seu mundo subjetivo. “O ego é imaturo demais para reunir todos os fenômenos dentro da área da onipotência pessoal” (1963d/1994, p. 73). O indivíduo padece de falta de controle mágico sobre o que encontra – o que, objetivamente falando, é uma ilusão de onipotência.

4. Sintomas do paciente relativos à ameaça de aniquilamento

M 1962a/1983, p. 228

[...] clinicamente, naturalmente, ela se tornava durona e extremamente independente, bem defendida, e com isso ia um sentimento de futilidade e de ser irreal.

Comentário: Uma defesa contra a angústia decorrente da ameaça de aniquilamento que os pacientes costumam utilizar é o falso *self*, muitas vezes fortalecida pela inteligência do indivíduo (1962a/1983, p. 229, nota). Neste caso específico, tratou-se de uma defesa débil, que rapidamente se desfez no tratamento e foi logo substituída por três defesas alternativas, todas elas

psicóticas: tendência suicida sinalizando desespero total, dissociação e uma doença psicossomática menos pronunciada – esta última necessitando “amamentação mental”, mas sem produzir *insights* ou cuidados mentais que pudessem fazer a diferença (1962a/1983, pp. 228-229).

6.2 Sintomas de fraqueza do ego

N 1962a/1983, p. 228

(1) De fato, o seu ego era incapaz de acomodar qualquer emoção forte. (2) Ódio, excitação, medo – cada qual se separava como um corpo estranho, e (3) se tornava com excessiva facilidade localizado em um órgão do corpo que entrava em espasmo e tendia a se destruir pela perversão de seu funcionamento fisiológico.

Comentário: (1) é especificado em (2). (3) Enuncia as consequências psicossomáticas da fraqueza do ego: despersonalização. Aqui, espasmos e outros tipos de distúrbios psicossomáticos não são uma reação histérica, mas reações psíquicas de defesa como as produzidas por convulsões em M. Little (ver Little, 1990/1992, p. 45).

6.3 Um exemplo de fraqueza do ego retirado do material clínico obtido durante o tratamento

O 1962a/1983, p. 229

(1) No decurso de uma conversa em que fizemos planos para o futuro e discutimos a natureza de sua moléstia e os riscos inerentes à continuação do tratamento, eu disse: “Pois eis você doente, e podemos observar que a doença física oculta uma reação extrema à minha partida, embora você não seja capaz de atingir uma percepção direta pelo sentimento da mesma. De modo que você poderia dizer que eu lhe causei a doença como outros a fizeram ficar doente quando você era um bebê, e poderia ficar braba”. (2) Ela respondeu: “Mas não estou”. (Na verdade ela me mantém em uma posição idealizada no presente e tende a achar que médicos do corpo são perseguidores.) (3) Então repliquei: “O caminho é este, amplamente aberto para seu ressentimento e raiva, mas esta se recusa a trilhar esse caminho”.

Comentário: (1) Winnicott tenta ajudar a paciente a dar um *significado pessoal* à sua reação psicossomática mediante a inclusão de uma dimensão temporal – a falha anterior dele, a doença atual dela, os riscos futuros dela no tratamento –, mas em vão. (2) Fica claro que a paciente não pode acomodar suas experiências emocionais, como a raiva, na dimensão temporal da existência, e também não pode produzir a história de uma vida. (3) Mentalmente, o caminho para sua agressividade está aberto, mas não é ocupado emocionalmente, porque ela perdeu a morada do corpo na psique, adoeceu em uma parte do corpo e, portanto, não tem base alguma no corpo para ser agressiva.

6.4 Hipersensibilidade, revelando fraqueza física e pessoal

P 1962a/1983, p. 228

Ela era hipersensível a todas as drogas e doenças e à mais leve crítica, e eu devia esperar que ela fosse sensível a qualquer erro que eu cometesse na estimativa da força do seu ego.

Comentário: A fraqueza do ego aparece no material clínico como uma reação hipersensível a certos aspectos desafiadores da realidade externa, tanto a relacional quanto a pessoal, mas essa hipersensibilidade se revela em uma situação que não é comentada ou aferida

imediatamente pelo terapeuta, mas compreendida e armazenada para ser utilizada no momento certo³.

6.5 *Tendência suicida defensiva*

Q 1962a/1983, p. 225

A tartaruga era ela mesma e indicava uma tendência ao suicídio. Era para curar essa tendência que ela tinha vindo se tratar.

Comentário: Aqui, a expectativa e a inexistência pessoal fazem parte de uma defesa contra a angústia impensável gerada no início da vida. A ideia de suicídio pode não implicar um impulso ou uma tendência, ou fazer parte de uma “ideação suicida”, mas ser simplesmente uma reação defensiva ocasional contra a decepção (ver Little, 1990/1992, pp. 59-60).

6.6 *A dissociação, ou splitting, da personalidade em partes saudáveis e não saudáveis, em impulsos de viver e de morrer, revela o estado esquizoide da paciente*

R 1962a/1983, p. 226

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.

Comentário: Winnicott ressalta a saúde pessoal e corporal da paciente, o que nos permite ver com mais clareza as distorções da sua personalidade e a sua doença psicossomática (ver abaixo).

Leitura complementar:

S 1970a/1994, p. 203

Trata-se de uma realização que se torna gradualmente estabelecida, e não é doentia, mas em verdade, um sinal de saúde que a criança possa usar relacionamentos nos quais há uma confiança máxima, e em tais relacionamentos às vezes desintegrar-se, despersonalizar-se e até mesmo, por um momento, abandonar a premência quase fundamental de existir e sentir-se existente. As duas coisas, portanto, andam juntas no desenvolvimento sadio: o senso de segurança em um relacionamento mantendo a oportunidade para a anulação repousante dos processos integrativos, ao mesmo tempo em que facilita a tendência geral herdada que a criança tem no sentido da integração, e, como estou acentuando neste artigo, na questão da morada ou habitação do corpo e o funcionamento corporal.

Comentário: Não se trata aqui de uma reformulação da teoria das pulsões de vida e de morte de Freud e Klein – que, aliás, Winnicott considerava um equívoco (1987/1990, p. 52) – mas uma alusão ao fato de a paciente estar se esforçando, sob o peso do colapso original vir a se repetir no tratamento, para alcançar e preservar para si um elemento fundamental de saúde – a anulação dos resultados dos processos integrativos. Este tópico está, obviamente, relacionado à tendência suicida e a uma das raízes da agressividade, “aquela pertencente à

³ Ver Loparic (2023a).

interrupção da continuidade de ser pela intrusão que obriga a reagir” (1988/1990, p. 155).

6.7 *Distúrbio psicossomático como um novo sintoma*

T 1962a/1983, p. 226

[...] e agora a doença física vinha como uma localização em um órgão do corpo desse desejo tremendo de morrer.

U 1962a/1983, p. 229

[...] eu disse: “Pois eis você doente, e podemos observar que a doença física oculta uma reação extrema à minha partida, embora você não seja capaz de atingir uma percepção direta pelo sentimento da mesma. De modo que você poderia dizer que eu lhe causei a doença como outros a fizeram ficar doente quando você era um bebê”.

Comentário: A viagem de Winnicott (ver abaixo) repetiu o trauma materno original, que tinha a ver com a desilusão da paciente ainda bebê. Surgiram assim novos aspectos de reação defensiva contra a ameaça de vir a sofrer angústia psicótica – despersonalização, perda de conluio psicossomático, falha da morada do *self* no corpo, caracterizando um verdadeiro distúrbio psicossomático. A despersonalização é outro sintoma de um ego fraco, em grande parte decorrente de uma maternagem insuficientemente boa, levando a uma morada débil no corpo (sobre despersonalização, ver 1963d/1994, p. 72).

8) *Prontidão para regressão e necessidade de holding antes do início do tratamento*

V 1962a/1983, p. 228

Ela estava portanto mais do que preparada para esta parte do procedimento analítico global, embora necessitando, naturalmente, tanto quanto qualquer outra, da interpretação habitual que se torna apropriada para cada dia, ou mesmo para cada minuto.

Comentário: Este é um traço típico de personalidades *borderline*, mas não de personalidades esquizoides, que evita a dependência e impede a regressão. O procedimento analítico total de Winnicott, ou a análise modificada, inclui manejo, interpretação e a combinação de ambos.

7. Diagnóstico

Winnicott não oferece um relato explícito do diagnóstico. Não há dúvida, porém, de que se trata de um caso de *psicose*, conforme definida em sua patologia maturacional, ou seja, de uma espécie de distorção ou mesmo bloqueio dos processos maturacionais nos estágios entre o nascimento e o estabelecimento da posição EU SOU. Que tipo de distorção? Os sintomas e a estrutura da personalidade sugerem esquizofrenia *borderline*. Winnicott utiliza o termo “caso *borderline*” para pacientes adultos que, no cerne, são psicóticos, isto é, estão cindidos ou de alguma forma dissociados desde a primeira infância, ainda que sua personalidade se mantenha suficientemente organizada, em uma ou outra etapa da vida, como defesa contra outros tipos de

distúrbios (doenças psicossomáticas ou psiconeuroses, por exemplo), nos quais a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma bruta (1968/1994, p. 172).

A seguinte observação genérica no capítulo 23 confirma esse ponto de vista:

W 1962a/1983, p. 231

[A discussão da etiologia dos distúrbios que se originam na relação mãe-bebê apresentada neste artigo é] 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.

Comentário: Esta passagem indica que o capítulo 23 inteiro é uma exposição de elementos da teoria de Winnicott sobre a esquizofrenia *borderline* e que, portanto, o caso do sonho com a tartaruga é uma ilustração desse tipo de patologia. Acerca dos recursos teóricos apresentados neste artigo, ver as considerações teóricas nas páginas 232-233 (1962a/1983), e também (1963d/1994).

Leitura complementar:

1. A natureza da psicose

X 1963d/1994, p. 72

Afirmo que o medo clínico do colapso é o *medo de um colapso que já foi experienciado*. Ele é um medo da agonia original que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome de doença.

Comentário: No caso do sonho com a tartaruga, foi a agonia primitiva que provocou a criação de defesas, inclusive a ideia do suicídio como defesa.

2. Como diagnosticar

Y 1965b/1994, p. 100

Da organização das defesas fica-se com um quadro clínico e o diagnóstico é efetuado com base na organização defensiva. Esta, por sua vez, depende até certo ponto, para suas características, de uma contribuição oriunda do meio ambiente.

Comentário: As defesas mostram o que o ambiente deveria ter feito, mas não fez.

3. Dificuldades de diagnóstico

Z 1959a/1983, p. 121

[...] o diagnóstico do paciente não apenas fica cada vez mais claro à medida que a análise prossegue como também se altera. Uma histérica pode se revelar uma esquizofrênica subjacente, uma pessoa esquizoide pode vir a ser um membro sadio de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo.

Comentário: O diagnóstico pode mudar visto que, na vida real e no tratamento, um paciente pode, sucessiva ou mesmo simultaneamente, utilizar diferentes estratégias e linhas de defesa. Neste caso, a paciente passa de uma estratégia de *auto-holding* para uma tentativa de reagir a uma ameaça de aniquilação (mais tarde encoberta por uma estratégia de despersonalização).

Assim, o diagnóstico de Winnicott mudou de falso *self* para personalidade esquizoide ameaçada, indefesa e totalmente dependente (que mais tarde tornou esquizoide *borderline* defendida por problemas psicossomáticos). Ver item 14.

8. Etiologia

8.1 Falhas iniciais imprevisíveis (ver acima)

AA 1962a/1983, p. 233

[...] os fatores externos imprevisíveis a fizeram doente em sua infância.

Leitura complementar sobre o colapso:

AB 1962b/1994, p. 60

Como analistas, porém, nos envolvemos no tratamento de pacientes cujos colapsos clínicos reais da primeira infância têm de ser lembrados através de sua revivência na transferência.

AC 1965c/1994, p. 113

De início, o trauma implica em um colapso na área da confiabilidade no “meio ambiente expectável médio”, no estágio de dependência quase absoluta. O resultado de tal colapso mostra-se no fracasso ou relativo fracasso, no estabelecimento da estrutura da personalidade e organização do ego.

8.2 Falhas similarmente imprevisíveis e extemporâneas do terapeuta (Winnicott)

AD 1962a/1983, p. 231

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.

AE 1962a/1983, p. 231

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.

9. Prognóstico

9.1 Aumento da dependência, aprofundamento da regressão; incerteza quanto à evolução do caso

AF 1962a/1983, p. 229

(1) Assim esta paciente ia se tornar muito dependente de mim por um período; a esperança era que, para seu bem, como para o meu, esta dependência se mantivesse dentro do âmbito da transferência e das sessões e situação analíticas. (2) Mas como antecipar isso? Como se pode fazer este tipo de diagnóstico que se relaciona com a avaliação das necessidades?

Comentário: (1) O prognóstico de depender mais do terapeuta está relacionado ao diagnóstico de que a paciente precisava regredir para começar a se recuperar do colapso original no colo da mãe. (2) Winnicott espera que isso não transborde para ambientes não analíticos e que, devidamente atendida, ela encontrará seu caminho para a recuperação.

9.2 Previsão da necessidade de futuras falhas do analista a serem induzidas pela paciente ao longo do tempo

AG 1962a/1983, p. 233

[...] 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.

Comentário: Previsão da necessidade de falhar *da maneira que a paciente precisa*. Esse tipo de falha é, na verdade, um aspecto necessário de um processo de tratamento bem-sucedido (ver Dias, 2017 e Loparic, 2023c). Mais uma vez, ninguém é capaz de saber o que poderá acontecer.

10. Setting ou settings terapêuticos

Profissional. Consultório individual.

11. Terapeuta ou terapeutas

O terapeuta anterior a Winnicott procedeu da maneira tradicional.

AH 1962a/1983, p. 228

A paciente tinha tido vários anos de análise seguindo as linhas habituais por um analista que desencorajava regressão em seu tratamento se isso ameaçasse se tornar fingimento e envolver dependência do analista.

Depois dele, o tratamento não tradicional de Winnicott, que permitia a regressão à dependência, foi provido simultaneamente com o do médico físico:

AI 1962a/1983, p. 226

[A doença física do paciente] diminuiu como ameaça e começou a melhorar, parcialmente, é claro, porque ela estava recebendo tratamento apropriado.

12. Relacionamento terapêutico (da parte do paciente e do terapeuta)

12.1 Com o analista anterior

AJ 1962a/1983, p. 228

A paciente tinha tido vários anos de análise seguindo as linhas habituais por um analista que desencorajava regressão em seu tratamento se isso ameaçasse se tornar fingimento e envolver dependência do analista.

Comentário: O analista anterior proibira a regressão, que é uma atitude prejudicial, pois, segundo Winnicott, a regressão é a única forma de recuperação em tais casos. Esse ponto clínico é o fundamento de um dos principais elementos revolucionários da sua teoria clínica.

12.2 Com o médico físico

AK 1962a/1983, p. 226

Incidentalmente, sua doença física diminuiu como ameaça e começou a melhorar, parcialmente, é claro, porque ela estava recebendo tratamento apropriado.

Comentário: O tratamento físico da doença física, que havia sido um tipo de defesa *borderline* contra as ameaças básicas da angústia primitiva e da tendência suicida, foi necessário e útil, mas por si só impediu a paciente de utilizar sua doença como o local orgânico da tendência suicida.

AL 1962a/1983, p. 229

Na verdade ela me mantém em uma posição idealizada no presente e tende a achar que médicos do corpo são perseguidores.

Comentário: Na verdade, é claro, a paciente se sentia perseguida por sua tendência suicida, mas esse sentimento era projetado no órgão corporal e se estendia aos médicos responsáveis.

12.3 Com Winnicott

Da parte da paciente (atitude, comportamento):

a) A necessidade de regredir à dependência na transferência foi revelada logo no início do tratamento (ver acima). Neste caso, não foi uma regressão do instinto, mas do ego em busca de dependência.

b) Falta de relação emocional real (raiva) com o terapeuta (ver estrutura da personalidade)

AM 1962a/1983, p. 229

“[...] você poderia dizer que eu lhe causei a doença como outros a fizeram ficar doente quando você era um bebê, e poderia ficar braba”. Ela respondeu: “Mas não estou”. (Na verdade ela me mantém em uma posição idealizada no presente e tende a achar que médicos do corpo são perseguidores.) Então repliquei: “O caminho é este, amplamente aberto para seu ressentimento e raiva mas esta se recusa a trilhar esse caminho.”

c) Em seu lugar, idealização de Winnicott

AN 1962a/1983, p. 229

Na verdade ela me mantém em uma posição idealizada no presente.

Comentário: A idealização de Winnicott, naquele estágio do tratamento, protegeu a paciente de ter que reconhecer e lidar com a falha dele, o que obviamente sinalizava a necessidade dela de uma regressão muito profunda, incluindo até mesmo a fusão com um terapeuta confiável – o que, se e quando acontecesse, sinalizaria o início da recuperação.

Da parte do analista (atendendo à regressão à dependência).

a) Adaptou-se de forma confiável às necessidades maturacionais do ego da paciente.

AO 1962a/1983, p. 226

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.

Comentário: Este, é claro, é um exemplo do uso clínico da identificação cruzada com a paciente (ver 1970b/1989, pp. 111).

b) Atitude e comportamento de Winnicott

AP 1962a/1983, p. 228

O material me tinha sido fornecido de forma a indicar que a paciente sabia que podia confiar que eu não fosse usá-lo de modo brusco.

Comportamento: deixar acontecer, esperar o gesto do paciente; adaptação à necessidade do paciente.

AQ 1962a/1983, p. 228

A razão pela qual os sonhos regressivos e de dependência apareceram tinha que ver principalmente com o fato de ela verificar que eu não usava cada porção do material para interpretação, mas que guardava tudo para empregar no momento oportuno e me contentar no momento em fazer a preparação da chegada da dependência que estava a caminho.

AR 1962a/1983, p. 229

A paciente me disse que o motivo principal que a tinha levado a este tão rápido e involuntário envolvimento na dependência era o fato de eu permitir que as coisas acontecessem e querer saber o que cada sessão traria.

Comentário: O analista estava abrindo o espaço-tempo potencial necessário ao gesto espontâneo da paciente. Atitude e comportamento talvez sejam mais importantes para esse fim do que uma compreensão clara ou uma interpretação inteligente.

Leitura complementar: Comportamento do analista.

AS 1954/2000, p. 383

Muitas outras coisas poderiam ser ditas, mas a história toda pode ser resumida na ideia de que o/a analista *comporta-se, e o faz sem muita dificuldade* simplesmente por ser uma pessoa relativamente madura. Se Freud não se comportasse bem, não lhe teria sido possível desenvolver a técnica da psicanálise, ou sua teoria, para a qual a técnica o conduziu. Isto é verdade independente de o quão inteligente ele era então. O ponto central aqui é o de que praticamente cada um desses detalhes pode ser de extrema importância numa dada fase da análise que envolva alguma regressão do paciente.

AT 1963c/1983, p. 216

Na psicanálise, a situação é aceita como coisa natural. O analista se comporta, se dedica aos interesses do paciente na hora analítica.

12.4 Limites da análise tradicional

a) Neste caso, quem fizesse análise tradicional seria um mau analista mesmo fazendo boas interpretações

AU 1962a/1983, p. 228

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. 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.

Comentário: Winnicott retoma aqui a discussão sobre o uso da interpretação no tratamento de pacientes *borderline* para dizer que o conceito de sadismo oral é importante.

Leitura complementar:

AV 1959b/1994, p. 340

O sadismo oral é valioso como conceito por juntar-se ao conceito biológico de fome, um impulso a relacionamentos objetivos que provêm de fontes primitivas e que têm influência pelo menos desde a ocasião do nascimento.

Comentário: No entanto, este conceito não é aplicável a pacientes psicóticos que precisem resgatar ou vivenciar pela primeira vez sua identidade primária para continuarem existindo sem reagirem à turbulência ambiental – os quais, além disso, perderam a morada no corpo (de modo que seus impulsos ou instintos biológicos não estão integrados à sua personalidade), e não alcançaram as relações objetivas instintivas ou as emoções correspondentes, como a raiva e o ódio.

b) Quando a análise é prematura

AW 1962a/1983, p. 229

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

Comentário: Neste caso, uma interpretação da reação da paciente em termos de relações objetivas emocionais com base nos instintos seria uma análise equivocada. Além disso, a paciente precisava da ajuda do terapeuta para recuperar-se de haver perdido a confiança nele, e não de uma interpretação do fato de ele ter ido viajar. Em geral, nesta fase inicial do tratamento, ao invés de análises do conteúdo dos materiais apresentados em sessão, o que o paciente precisa é de um manejo que preserve o contato e a comunicação.

Leitura complementar:

AX 1957/1983, p. 105

[...] o analista precisa, com imaginação, reunir o material mais precoce apresentado pelo paciente com o ambiente, ambiente este *que está implícito*, mas que não pode ser dado pelo paciente em análise, por nunca ter tido consciência dele.

c) A necessidade de esperar até que o processo de amadurecimento atinja o estágio adequado.

AY 1962a/1983, p. 228

A razão pela qual os sonhos regressivos e de dependência apareceram tinha que ver principalmente com o fato de ela verificar que eu não usava cada porção do material para interpretação, mas que guardava tudo para empregar no momento oportuno e me contentar no momento em fazer a preparação da chegada da dependência que estava a caminho.

Comentário: Fazer análise e atender às dependências futuras são dois aspectos diferentes do procedimento analítico de Winnicott.

Leitura complementar:

AZ 1963b/1983, pp. 171-172

Se esperamos nos tornamos percebidos objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falhamos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico do paciente (que é o equivalente ao processo maturativo do lactente e da criança), subitamente nos tornamos não-eu para o paciente, e então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiado próximos na comunicação com o núcleo central quieto e silencioso da organização do ego do paciente.

Comentário: Uma interpretação extemporânea é perigosa porque objetifica o paciente e causa uma separação igualmente extemporânea – e, portanto, aniquilamento.

13. Procedimentos de tratamento

Do terapeuta anterior: psicanálise comum. Winnicott, por sua vez, se vale de sua análise modificada combinada com manejo (1962c/1983, pp. 154-155).

14. Processo de tratamento: dinâmica e etapas

Há pouca informação sobre o processo de tratamento. Alguns dados referentes a outros aspectos do caso serão utilizados aqui sob essa nova perspectiva, para facilitar a exposição.

14.1 Aguardando para iniciar o tratamento

BA 1962a/1983, p. 225

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.

Comentário: A paciente já identificara previamente o problema que ela precisava e queria tratar, a saber, sua tendência suicida. Isso pode tê-la ajudado a aguardar.

14.2 Boa reação ao início do tratamento

O material revela uma rápida regressão à dependência, que foi possibilitada e facilitada por meio do interesse demonstrado pelo terapeuta.

BB 1962a/1983, p. 225

(1) A reação à análise foi positiva e o desenvolvimento, rápido. (2) Verifiquei que esta mulher independente se tornou, em seus sonhos, extremamente dependente.

Comentário: (1) A paciente evoluiu, pois a defesa de um falso *self* independente desmoronou muito rapidamente no *setting*, dando lugar a uma extrema dependência em relação ao terapeuta. (2) Isso não foi visto como resistência no sentido freudiano, mas como um evento positivo, sendo a condição necessária para iniciar a recuperação do verdadeiro *self*.

14.3 Material onírico inicial apontando para um estado esquizoide da personalidade (semelhante ao revelado no sonho com a tartaruga; ver abaixo)

BC 1962a/1983, pp. 227-228

Muito cedo na análise essa paciente ficava representada em seu material de sonho como criaturas frágeis e muitas vezes mimada, e agora ela tinha sonhado com uma tartaruga com uma casca mole.

BD 1962a/1983, p. 228, nota de rodapé

A propósito, ela poderia também ser o cavalo que tinha sido morto a tiros, ou poderia ter sido empurrada a pontapés de dentro de um aeroplano.

Comentário: Estes são todos “sonhos regressivos e de dependência” (1962a/1983, p. 253), uma espécie de pedido de socorro face à ameaça de aniquilação. A regressão do ego, não dos instintos, é sinalizada. A necessidade maturacional ainda não atendida é a provisão básica a ser alcançada pela “amamentação mental”, o que equivale dizer, pelos cuidados do terapeuta.

14.4 Winnicott ajuda a paciente a sonhar (ver também acima)

BE 1962a/1983, p. 228

A razão pela qual os sonhos regressivos e de dependência apareceram tinha que ver principalmente com o fato de ela verificar que eu não usava cada porção do material para interpretação, mas que guardava tudo para empregar no momento oportuno e me contentar no momento em fazer a preparação da chegada da dependência que estava a caminho.

Comentário: Winnicott adaptara-se bem às necessidades do paciente nesta fase.

14.5 Sobre a necessidade de regressão à dependência revelada nesses sonhos

BF 1962a/1983, p. 228

A paciente tinha tido vários anos de análise seguindo as linhas habituais por um analista que desencorajava regressão em seu tratamento se isso ameaçasse se tornar fingimento e envolver dependência do analista. Ela estava portanto mais do que preparada para esta parte do procedimento analítico global, embora necessitando, naturalmente, tanto quanto qualquer outra, da interpretação habitual que se torna apropriada para cada dia, ou mesmo para cada minuto.

Comentário: O material onírico sinalizava necessidade de dependência para corrigir a falta de provisão básica por parte da mãe e do terapeuta anterior. A paciente precisava receber a parte de *holding* do procedimento analítico, ao qual a interpretação poderia e deveria ser proveitosamente acrescentada.

14.6 Viagem de Winnicott ao exterior (EUA)

Durante um mês, no início da fase intensiva do tratamento.

BG 1962a/1983, p. 225

[...] mais tarde consegui para ela sessões diárias exatamente quando tinha ficado de viajar para o exterior por um mês.

Comentário: Esse cuidado extra está, obviamente, em conformidade com a prática clínica tradicional em psicanálise, mas também revela o aspecto de manejo da abordagem total de Winnicott.

14.7 Efeito traumático da viagem: o colapso da relação terapêutica

BH 1962a/1983, p. 226

Era, por assim dizer, como se eu a estivesse sustentando e então ficasse preocupado com algum outro assunto, de modo que ela se sentiu *aniquilada*. Esta foi sua palavra para aquilo.

Comentário: A linguagem aludida é, claro, a winnicottiana. A palavra “aniquilamento” da linguagem comum (que não é um termo técnico!) veio de pacientes como a do presente caso e passou a fazer parte do vocabulário de Winnicott. A palavra já fora usada em uma explicação decisiva no capítulo 3 de *O ambiente e os processos de maturação*, (1960b/1983).

14.8 Este efeito traumático é uma repetição do trauma parental original (ver Fatos do caso)

BI 1962a/1983, p. 226

Minha partida reconstituiu um episódio traumático ou uma série de episódios de seu próprio tempo de lactente.

BJ 1962a/1983, p. 231

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.

Comentário: A falha de Winnicott reproduziu a falha original da mãe no fornecimento da provisão básica e consistiu na sua ausência imprevista e inesperada por um período longo demais para a paciente suportar. Falhas desse tipo do terapeuta geram novas reações de defesa e não podem ser utilizadas pelo paciente como fatores positivos no seu processo de tratamento. Sobre o uso terapêutico da falha do analista, ver Dias, (2011, capítulo 3).

14.9 O significado teórico da falha de Winnicott

BK 1962a/1983, p. 225

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. O analista teme, com razão, que a reação do paciente à interrupção envolverá mudanças profundas que ainda não estão disponíveis para análise.

Comentário: Como a reação do bebê às falhas no *holding* da mãe, as reações da paciente às falhas no *holding* do terapeuta revelam mudanças na vida dela que só podem ser alcançadas e cuidadas por manejo, e não por análise.

14.10 O sonho com a tartaruga

BL 1962a/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 (4) indicava uma tendência ao suicídio. (5) Era para curar essa tendência que ela tinha vindo se tratar.

Comentário: (1) Em um sonho, há uma tartaruga de casco mole, ou seja, a situação clínica real da paciente é projetada em uma tartaruga desprotegida contra o sofrimento. Esse sonho, porém, foi mais do que uma projeção de problemas interiores para o mundo externo, mais do que uma simples visualização desses problemas gerada pela operação de um mecanismo mental; foi um gesto para o analista, uma comunicação pessoal, endereçada a ele, do estado em que a paciente se encontrava ou estava prestes a entrar, de sua total vulnerabilidade

e desesperança. Foi também um pedido de socorro, instando Winnicott a perceber e a fazer algo a respeito de ela sentir-se desprotegida pelo fato de ele, pessoa de quem ela passara a depender de maneira extrema, haver se ausentado. **(2)** Explica o tipo de sofrimento que é ameaçador – dor intolerável ou angústia impensável – de tal modo que a paciente sentiu, no sonho, que matar o animal a fim de protegê-lo havia sido um cuidado apropriado. **(3)** Interpretação do sonho por Winnicott: a condição da tartaruga no sonho simboliza o estado clínico da paciente por meio da projeção: depois que a casca do falso *self* é abandonada na regressão, há risco (ameaça) de vivenciar uma angústia intolerável decorrente de extrema vulnerabilidade, na qual ela pode não “continuar sendo”. **(4)** A matança evoca uma defesa desesperada estabelecida antes da defesa pelo falso *self*, a saber, a tendência suicida da personalidade ameaçada da paciente, que, segundo **(5)**, era o principal sintoma que sua parte saudável – aquela capaz de cuidar de si mesma e de propiciar seu próprio ambiente de *holding* (ver abaixo) – estava justamente tentando eliminar no tratamento. Ver acima a dissociação entre o impulso de viver e o impulso de morrer.

14.11 Sobre a tendência suicida já existente, sinalizada no sonho com a tartaruga

BM 1962a/1983, p. 226

Ao se matar ela conseguiria controle sobre ser aniquilada no momento de ser dependente e vulnerável.

BN 1962a/1983, p. 228

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.

BO 1962a/1983, p. 229

O analista deveria saber por que o paciente preferivelmente se suicidaria a viver sob a ameaça do aniquilamento.

Comentário: O impulso suicida é uma maneira de evadir a aniquilação decorrente do *holding* duvidoso tanto da mãe como do terapeuta. A falha do terapeuta decepciona a paciente do ponto de vista do conteúdo (como acontecera com a mãe), mas não quanto ao *momento* em que ocorreu.

14.12 Doença psicossomática como reação defensiva relacionada ao impulso suicida

A doença psicossomática do tipo *borderline* da paciente é um pedido de socorro e uma alternativa ao suicídio como reação à falha do terapeuta.

BP 1962a/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. Antes de ir, eu apenas tinha tempo para capacitá-la a perceber uma relação entre a reação física e minha partida.

BQ 1962a/1983, p. 226

[...] e agora a doença física vinha como uma localização em um órgão do corpo desse desejo tremendo de morrer.

BR 1962a/1983, pp. 228-229

[...] 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.

Comentário: A doença psicossomática da paciente, a perda da morada no corpo, foi provocada por seu ego fraco e utilizada para disfarçar seu impulso suicida preexistente, reacendido pela falha do terapeuta (que reproduziu a falha dos pais). Mas foi também uma forma de se recuperar disso tudo, o que explica por que o tratamento físico foi benéfico, ainda que não suficiente para curá-la. O problema original não era a morada no corpo, mas a aniquilação do *self* unitário.

14.13 Winnicott corrige sua falha

BS 1962a/1983, p. 226

Antes de ir, eu apenas tinha tempo para capacitá-la a perceber uma relação entre a reação física e minha partida.

BT 1962a/1983, p. 226

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.

Comentário: Winnicott fala em “sentir”, não “compreender”. A interpretação sentida como alívio

14.14 A natureza da interpretação oferecida

BU 1962a/1983, p. 226

(1) 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: Em (1), a interpretação é vista como uma forma de cuidado terapêutico necessário. Isso é exemplificado em (2). Em (3), afirma-se que são necessárias novas formas de cuidar, a saber, o manejo.

14.15 Sobre a direção avaliativa e adaptativa do ego: confiança na identificação cruzada ou na resposta total

BV 1962a/1983, p. 226

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.

Comentário: Isso, é claro, é uma alusão direta à capacidade do terapeuta para a identificação cruzada – “a capacidade que um indivíduo tem para penetrar, através da imaginação, e ainda assim de modo preciso, nos pensamentos, nos sentimentos e nas esperanças

de outra pessoa” (1970a/1989, p. 111). Neste caso específico, um analista winnicottiano bem treinado entenderia que “devemos evitar viajar logo após iniciar uma análise” (1962a/1983, p. 250).

Leitura complementar: Cuidado parental como modelo de identificação cruzada terapêutica com o paciente

BW 1962a/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.

14.16 Comentário de Winnicott sobre as duas possibilidades de como avançar no tratamento

a) A forma tradicional: tratamento com base nos instintos

BX 1962a/1983, p. 226

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. 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. É a percepção da vulnerabilidade do ego do paciente, o oposto à força do ego.

Comentário: Há duas maneiras de entender a análise da reação da paciente à viagem de Winnicott: como uma reação à perda de alguém com quem ela tinha relações objetais instintuais (conforme os ensinamentos da análise tradicional), ou como um suporte do ego necessário em decorrência da falha do terapeuta em atender a regressão à dependência (absoluta) recém-iniciada (conforme a patologia maturacional de Winnicott).

b) Quando a direção instintual do tratamento se transforma em má análise

BY 1962a/1983, p. 228

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. 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: Embora alguns aspectos da interpretação tradicional do material não sejam infundados, eles seriam, não obstante, errados e contraproducentes e, portanto, ruins.

Leitura complementar:

1. Necessidades do ego, necessidades do id e integração das necessidades do id na estrutura da personalidade

BZ 1960c/1983, p. 129

Deve-se ressaltar que ao me referir a satisfazer as necessidades do lactente não estou me referindo à satisfação de instintos. Na área que estou examinando os instintos não

estão ainda claramente definidos como internos ao lactente. Os instintos podem ser tão externos como o troar de um trovão ou uma pancada. O ego do lactente está criando força e, como consequência, está a caminho de um estado em que as exigências do id serão sentidas como parte do *self*, *não como ambientais*.

2. Um exemplo de mau uso da análise tradicional baseada nos instintos

CA 1960a/2012, p. 157

Estou pensando, agora, no tratamento de uma mulher. Logo no início do tratamento cometi um erro que quase pôs tudo a perder. Interpretei essa coisa, sadismo oral, como devoramento implacável do objeto pertencente ao amor primitivo. Eu tinha provas abundantes e, na verdade, estava certo, mas a interpretação foi feita com uma antecipação de 10 anos. Foi realmente prematura. Aprendi a lição. No longo tratamento que se seguiu, a paciente reorganizou-se e tomou-se uma pessoa real e integrada que pôde aceitar a verdade a respeito de seus impulsos primitivos. Finalmente, após 10 ou 12 anos de análise diária, ela estava pronta para ouvir essa interpretação.

Comentário: Ver citação em (1954/2000, p. 376) acima.

3. O perigo de ignorar a dissociação

CB 1971b/2017, p. 355

Com o tempo, talvez tenhamos de chegar à conclusão de que o fracasso frequente de muitas excelentes análises tem a ver com a dissociação escondida no material claramente relacionado com a repressão, que acontece como defesa numa pessoa [só] aparentemente inteira.

c) Por que a direção instintual do tratamento seria má?

CC 1962a/1983, p. 229

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

Comentário: No tratamento de distúrbios muito precoces relacionados à privação, o manejo vem primeiro, e só mais tarde a interpretação. Além disso, uma interpretação em termos de emoções corporais e instintuais não faz sentido.

d) Necessidade de dar um passo revolucionário e reconhecer fatores etiológicos externos na análise, e não apenas mecanismos internos

CD 1962a/1983, pp. 226-227

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. Mas aqui retornamos à vulnerabilidade do ego e portanto à dependência.

Comentário: Casos psicóticos não podem ser tratados como distúrbios do aparelho psíquico freudiano. Pode-se admitir, é claro, que esta paciente seja suficientemente saudável (madura) para se valer de mecanismos mentais (por exemplo, projeção de seus problemas em uma figura onírica como a tartaruga),

mas também é preciso reconhecer que sua necessidade de proteção (implicando necessidade de regressão) não foi *projetada mentalmente*, mas apenas *transferida* – e, portanto, é visível somente para um terapeuta treinado em análise maturacional –, permanecendo fora do conteúdo manifesto (e mesmo do conteúdo do pensamento) no sonho com a tartaruga e, portanto, fora do alcance da consciência intelectual ou sentida da paciente.

e) Necessidade de mudanças na formação psicanalítica: a capacitação de analistas suficientemente bons

CE 1962a/1983, p. 227

Se aceitamos a ideia de dependência, então começamos já a examinar o fator externo, e 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*.

Leitura complementar: Formação em análise modificada (maturacional)

CF 1959c/1983, p. 149

Se uma mudança significativa é o que se pretende conseguir, o paciente precisará passar por uma fase de dependência infantil. Novamente aqui a psicanálise não poderá ser ensinada, embora possa ser praticada de forma modificada. A dificuldade aqui está no diagnóstico, na identificação da falsidade da falsa personalidade que oculta o *self* verdadeiro imaturo. Se se quiser que o *self* verdadeiro oculto aflore por si próprio, o paciente terá de passar por um colapso como parte do tratamento, e o analista precisará ser capaz de desempenhar o papel de mãe para o lactente do paciente. Isto significa dar apoio ao ego em grande escala. O analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo que identificado ou mesmo fundido com o paciente. O paciente precisa ficar extremamente dependente, absolutamente dependente mesmo, e estas palavras são certas mesmo quando há uma parcela sadia da personalidade que atua como um aliado do analista e na verdade informa ao analista como se comportar.

Comentário: Há uma clara semelhança entre este texto de 1959 e o capítulo 23 escrito em 1962 (1959c/1983 e 1962a/1983).

f) Sugestão de mudanças revolucionárias aceitas em algumas das perspectivas de Freud

CG 1962a/1983, p. 227

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. Como disse Zetzel em um seminário recentemente: de início Freud pensou que todas as pessoas neuróticas tinham tido um trauma sexual na infância, 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: Na época de Winnicott – e ainda hoje – grande parte da comunidade psicanalítica estava longe de aceitar suas posições como evidentes ou de se dispor a concordar com elas. Muitos optaram por ignorar Winnicott ou distorcer suas ideias. Isso acontece ainda hoje.

g) Padrão das sessões subsequentes conduzidas nos termos da análise maturacional de Winnicott

CH 1962a/1983, p. 229

(1) Na verdade o padrão era tal que ela começava como se a sessão fosse uma visita social. Ela se deitava e revelava uma percepção intelectual bem clara de si própria e do ambiente. (2) Eu a seguia nisto e havia muito silêncio. (3) Próximo do fim da sessão ela inesperadamente se lembrava de um sonho e recebia então minha interpretação do mesmo. Os sonhos apresentados deste modo não eram muito obscuros, e podia geralmente se perceber que (4) a resistência do sonho se situava nos quarenta e cinco minutos de material que o haviam precedido e que não era bom material para interpretação. (5) O que era sonhado, lembrado e apresentado estava dentro dos limites da capacidade da estrutura e força de seu ego.

Comentário: (1) As sessões começavam quase como visita social, com controle consciente e o falso *self* no comando, que é uma típica atitude defensiva *borderline* contra ameaças esquizoides. (2) Winnicott participa (entra no jogo), mas não interpreta (ver (4)), mantendo-se basicamente em silêncio, pois aquele é um espaço-tempo liberado para revelar sonhos. (3) Estes vêm de repente, como o sonho com a tartaruga, e são interpretados. (4) A resistência ao sonhar é superada, isto é, a paciente supera sua resistência de ir ao encontro do material potencialmente angustiante (e, portanto, ameaçador) da organização do ego que se revelará nos sonhos. (5) Isso mostra que, no tratamento, os limites da força do ego foram reconhecidos e respeitados. Esse padrão é um exemplo do que ocorre na “análise modificada” de Winnicott com pacientes psicóticos: manejo, seguido de interpretação oportuna e devidamente articulada. Como a interpretação pode se tornar desnecessária ou mesmo perigosa, uma sugestão é que seja chamada de “análise maturacional”.

15. Resultados terapêuticos

Apenas alguns poucos resultados parciais são relatados.

15.1 Ligeiro aumento temporário na força pessoal da paciente para lidar com a ausência da pessoa de quem ela dependeu por um longo período

CI 1962a/1983, p. 226

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.

CJ 1962a/1983, p. 226

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.

15.2 Início da recuperação psicossomática por meio do terapeuta maturacional e do médico físico

CK 1962a/1983, p. 226

Incidentalmente, sua doença física diminuiu como ameaça e começou a melhorar, parcialmente, é claro, porque ela estava recebendo tratamento apropriado.

15.3 A efetiva regressão à dependência pessoal no terapeuta permanece incerta

Tal regressão significaria que a paciente estaria começando a se recuperar da esquizofrenia *borderline*, tendo já se recuperado anteriormente da aniquilação do “continuar sendo” e do colapso no estabelecimento do *self* unitário. Ver “Prognóstico” acima.

16. Resumo do caso

CL 1962a/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) Winnicott aplica ao caso sua tese de que o terapeuta deve falhar da maneira que a paciente precisa que isso aconteça, não para gerar novos traumas, mas para permitir que o trauma ambiental (materno) original seja alcançado no momento certo da história clínica pessoal. (2) Ele recapitula a dinâmica essencial do caso como um todo, tanto no início da vida da paciente quanto durante o tratamento.

17. Resultados teóricos

Este caso é um relato de pesquisa do material clínico utilizado por Winnicott ao elaborar suas teses teóricas e clínicas radicalmente novas sobre a natureza (diagnóstico) e etiologia da psicose (esquizofrenia *borderline*) e sobre o tratamento por meio da dependência e da transferência psicótica em uma versão modificada da análise que combina manejo e interpretação. Lança luz sobre a distância que separa o paradigma de Winnicott daquele da psicanálise tradicional e nos ajuda a entender o significado de seu apelo, formulado poucos dias antes de morrer, por uma revolução na prática clínica psicanalítica.

18. Acompanhamento posterior

Nenhuma informação.

Referências

- Dias, E. O. (2011). A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista. In E. O. Dias, *Sobre a confiabilidade e outros estudos* (pp. 69-87). São Paulo: DWWeditorial.
- Dias, E. O. (2017). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWWeditorial.

- Kuhn, T. S. (1962). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- Little, M. I. (1990). *Ansiedades psicóticas e prevenção*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- Loparic, Z. (2023a). From Freud to Winnicott: Aspects of Paradigm Change. In T. Caspi, e A. Govrin (orgs.), *The Routledge international handbook of Psychoanalysis and Philosophy*. London/New York: Routledge.
- Loparic, Z. (2023b). A estrutura e os usos dos casos clínicos de Winnicott. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Artigos pp. 18-35, 19/05/2023.
- Loparic, Z. (2023c). Comentário sobre o capítulo 23, Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica, de *O ambiente e os processos de maturação*, de D.W. Winnicott. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Artigos (No prelo).
- Loparic, Z. (2023d). Raízes da agressividade. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Artigos (No prelo).
- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1957). Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 101-105). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1959a). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 114-127). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1959b). Resenha de *Envy and Gratitude* (Parte I do Capítulo 53, Melanie Klein: Sobre o seu conceito de inveja). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 338-340). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1959c). Contratransferência. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 145-151). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1960a). Agressão, culpa e reparação. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 153-162). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1960b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1960c). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

- Winnicott, D. W. (1962a). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 225-233). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962b). Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 59-61). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1962c). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963a). Psicoterapia dos distúrbios de caráter. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 184-195). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963b). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963c). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 207-217). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963d). O medo do colapso. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1964). O recém-nascido e sua mãe. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 29-42). São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- Winnicott, D. W. (1965a). *O ambiente e os processos de maturação* (Traduzido por Irineo Constantino Schuch Ortiz). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Título original: The Maturation Processes and the Facilitating Environment)
- Winnicott, D. W. (1965b). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965c). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 102-114). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 171-178). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- Winnicott, D. W. (1970a). As bases para o *self* no corpo (Parte I do Capítulo 37, Sobre as bases para o *self* no corpo. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 203-210). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1970b). A cura. In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 105-114). São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- 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). Notes for the Vienna Congress. In D. Winnicott, *The Collected Works of D. W. Winnicott: Volume 9, 1969-1971* (pp. 355-356). Nova York: Oxford Academic, 2017.
- Winnicott, D. W. (1987). *O gesto espontâneo* (Traduzido por Luís Carlos Borges). São Paulo: Martins Fontes, 1990. (Título original: The Spontaneous Gesture: Selected Letters of D. W. Winnicott)
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana* (Traduzido por Davy Litman Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Título original: Human Nature)
- Winnicott, D. W. (1989). *Explorações Psicanalíticas* (Traduzido por José Octávio de Aguiar Abreu). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Título original: Psycho-Analytic Explorations)