

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP

AMANDA RICCIOPPO SLAVIERO

**O ambiente de acolhimento primário e sua influência na clínica do
trauma**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO
2017

AMANDA RICCIOPPO SLAVIERO

O ambiente de acolhimento primário e sua influência na clínica do trauma

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dra. Elisa M. de Ulhôa Cintra

São Paulo
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Psicologia Clínica Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

SLAVIERO, AMANDA

O ambiente de acolhimento primário e sua influência na clínica do trauma/
AMANDA SLAVIERO; orientadora Elisa Maria de Ulhôa Cintra – São Paulo, 2017.

151 páginas.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Área de Concentração: Psicanálise) – Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Banca Examinadora

*Aos meus pacientes que, sem saber, me ensinaram
quão corajosos precisamos ser para olharmos para
nós mesmos e, mais ainda, para confiar no outro.*

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pacientes pela enorme contribuição na minha jornada como psicanalista. Sem vocês, nada disso seria possível. Vocês me ensinaram a preciosidade da vivência compartilhada, da escuta atenta e da entrega necessária para que algo possa acontecer no espaço único e singular da análise. Compreendi com vocês que pode haver muito barulho nos silêncios e muitos vazios nos tumultos. Obrigada por permitirem lhes acompanhar em terrenos desconhecidos e muitas vezes dolorosos. Sei o quão difícil é se entregar aos cuidados do outro quando não se teve essa experiência. A honestidade e coragem de vocês nos seus processos pessoais me inspirarão por toda a vida.

À minha querida orientadora, Elisa Cintra; minha gratidão por você é imensurável. Obrigada por compartilhar de forma tão generosa seus conhecimentos, suas experiências e por sempre se demonstrar tão presente e disponível no seu processo de ensino. É muito raro encontrar pessoas no meio acadêmico que conseguem exercer a função de professor sem perder a ternura e a disponibilidade para o outro. Você foi uma grande parceira e me ajudou imensamente na construção desse trabalho, sempre disposta a ajudar e a direcioná-lo para que florescesse e pudesse se tornar algo maior. Me sinto muito orgulhosa e feliz de ter lhe escolhido para ser minha orientadora. Espero que esse encontro gere novos frutos no futuro – gostaria de trocar e construir ao seu lado, sempre.

Ao professor Luís Claudio Figueiredo, pelas riquíssimas e proveitosas aulas, sem as quais esse trabalho não aconteceria. Me inspirei profundamente nos seus cursos e me influenciaram muito. Agradeço também pelas importantes considerações no exame de qualificação.

Ao professor Tales Ab’Saber, pelas imensas e férteis contribuições desde os encontros em Brasília. Agradeço pelo verdadeiro interesse e cuidado que tem com seus alunos e

por compartilhar de forma tão viva seu imenso conhecimento sobre o humano e o psiquismo. Obrigada pelas excelentes e proveitosas contribuições no exame de qualificação; elas enriqueceram minha compreensão clínica dos casos e beneficiaram enormemente na construção deste trabalho.

À Claudia Perrota, pela leitura atenta e interessada do texto e pela enorme colaboração na revisão final. Você contribuiu muito para que este trabalho tivesse a fluidez e intensidade necessárias – muito obrigada.

À Marília Rocha pelo companheirismo, pela riqueza nas trocas e pelos cuidados sempre tão presentes no seu tratar com o outro. Você me inspirou e ajudou muito nesse percurso; sua presença na minha vida faz tudo ser melhor. Obrigada por aceitar, lá atrás, meu convite intrusivo de compartilhar seu espaço de supervisão: nunca imaginei que renderia esse encontro frutífero e essa bela amizade. Obrigada – e que nossas trocas continuem vida afora.

A todos os colegas do curso de Pós-Graduação da PUC, em especial Rinalda, Andréa, Vanessa; meu profundo carinho e agradecimento pela amizade e generosidade durante esses anos. Atravessar esse percurso sem vocês teria sido muito mais difícil e triste. Espero continuarmos trocando e aprendendo sempre.

À Ana Maria B. Silveira, que me acompanhou, apoiou e esteve sempre tão presente em todos os momentos – mesmo quando longe. Obrigada por despertar em mim um interesse ainda maior pela psicanálise. Você me transmitiu a forma mais bonita de estar com o sujeito e de se aproximar dele. Sempre existirá, inscrita em mim, uma marca sua sobre a forma de ver o outro, o sujeito; a criança. Obrigada por me ensinar que a relação analista-analisando pode ser rica, sincera e muito acolhedora. Eu não estaria aqui hoje sem você.

Aos maravilhosos amigos que sempre me apoiaram: Caca, Drica, Gigante, Ico, Julia, Laura, Paula, Teo, Tonha, Zezé; meu enorme obrigada. Vocês jamais saberão o quão importante foram nesse período. O apoio, carinho e sustentação de vocês me enche de alegria, admiração e orgulho. Me sinto muito sortuda por poder escolhê-los para compartilhar a vida. Jamais teria conseguido concluir este trabalho sem todo o afeto, incentivo e apoio que recebi de cada um. Espero poder retribuir sempre todo esse amor e cuidado que recebo de vocês.

Aos colegas de consultório: Betty Boguchwal, Ilva Silva, Naiza França, Nelson Mello, Paula Francisquetti, Rubens Volich, Silvio Hotimsky e Teodora Lim: obrigada pelo caloroso acolhimento na minha chegada e retomada da clínica em São Paulo. Vocês sempre foram muito generosos, parceiros e gentis. Fico muito feliz e honrada de ter encontrado este grupo. Espero poder trocar, compartilhar o trabalho, o dia a dia e as descobertas com vocês sempre.

À minha mãe Vanda, por ter me dado a vida e por me ensinar que a alegria não vence tudo, mas pode vencer muita coisa. Seu espírito vivo e animado me inspira a aproveitar sempre o melhor da vida. Mesmo com a distância, sinto muito amor e carinho seus por perto.

Ao meu pai Sergio; por me lembrar diariamente em seus atos que o maior valor da vida é o amor e a dedicação às pessoas que amamos. Obrigada por sempre ser este porto seguro e essa pessoa cuidadosa e acolhedora. Mesmo com a distância, sinto muito amor e carinho seus. Obrigada por sempre me apoiar nas minhas escolhas e caminhos; isto torna meus sonhos possíveis.

Às minhas irmãs e irmãos: obrigada por encherem minha vida de alegria. Vocês são os meus maiores tesouros, sem dúvida; não existe amor maior do que o que eu sinto por vocês. Obrigada por estarem sempre ao meu lado e por me ensinarem, cada um à sua maneira, o verdadeiro valor da fraternidade. A saudade é permanente; amo vocês.

Por fim, agradeço ao CNPq e à PUC-SP pela ajuda financeira nos últimos seis meses do mestrado.

Resumo

O presente trabalho apresenta os desdobramentos de três casos de pacientes que sofreram falhas adaptativas às suas necessidades durante a primeira infância. Trata-se de um estudo teórico-clínico que busca explorar a temática dos ambientes de acolhimento primário e da regressão à dependência nos atendimentos de pacientes traumatizados, de modo a aprofundar a investigação acerca das consequências dessas falhas e suas implicações nas demais relações de objeto. Foram abordados temas como o estilo de *setting* analítico e a intervenção clínica que favorecem as formas de simbolização primária e a criação de um espaço potencial que permita ressignificar e reconstruir aquilo que não pôde ser vivido na primeira infância. Também foram propostas formas de manejo transferencial para compreender as demandas e atender às necessidades desses pacientes com falhas na estruturação do eu e na constituição do *self*, configurando a noção de regressão terapêutica desenvolvida por Winnicott. Discutiu-se ainda a necessidade de tais pacientes serem sustentados de forma a relançar o seu processo de desenvolvimento em novas bases e um novo começo de vida psíquica.

Palavras-chaves: Psicanálise, Ambiente, Regressão à dependência, Falha Primária, Transferência.

Abstract

The present work derived from the care of three patients who have common traits in their histories; all three suffered from adaptive faults to their needs during their early childhood. This theoretical-clinical study seeks to explore the themes of the primary care environments and regression to dependence in the care of traumatized patients, more specifically, those who suffered traumas early on during their first years. The purpose is to deepen the investigation about the consequences of these failures and its implications on other future object relations. I intend to discuss styles of analytical settings and clinical interventions that favour primary symbolization forms and creation of a potential space which allows re-signifying and reconstructing the experiences that could not be properly lived in early childhood. To understand the demands and to meet the needs of these patients, who present failures in the structuring and constitution of the self, this work proposes transference management forms, configuring the notion of therapeutic regression developed by Winnicott. This work discusses the need for such patients to be sustained to be able to re-launch their development process into new bases and a new beginning of psychic life.

Keywords: Psychoanalysis, Environment, Regression to dependence, Basic Fault, Transference.

Sumário

INTRODUÇÃO	13
Formas de acolhimento, falhas ambientais e regressão à dependência	13
Objetivo.....	14
Método	15
Capítulo 1 – CAMPO CLÍNICO-PSICANALÍTICO.....	18
1.1 Caso Pedro: o bebê tigre e a retomada do processo de desenvolvimento.....	18
Primeira sessão com os pais (anamnese)	18
Os encontros com Pedro	19
1.2 Caso Lucas: sua existência para além de um manual	27
Primeira sessão com os pais (anamnese)	28
Os encontros com Lucas	29
1.3 Caso Máira: em busca de sustentação para uma queda iminente	40
Primeira sessão com os pais (anamnese)	41
Os encontros com Máira	42
Capítulo 2 – FENÔMENO DA TRANSFERÊNCIA E TRAUMA: CONTRIBUIÇÕES DE FREUD E FERENCZI.....	53
2.1 Freud: transferência como instrumento central do processo psicanalítico	53
2.2 Ferenczi: campo transferencial como possibilidade de compartilhamento afetivo ..	55
2.3 Evolução do conceito de trauma em Freud.....	63
2.4 Trauma em Ferenczi: mudança de paradigma	68
Capítulo 3 - BALINT: O AMOR PRIMÁRIO E A ÁREA DA FALHA BÁSICA	79
3.1 Amor primário: emoções fora do vértice da oralidade	79
3.2 Mundo Filobático e Mundo Ocnofílico	85
3.3 A Área da Falha Básica.....	88
3.4 Pacientes de falha básica.....	92
Capítulo 4 - WINNICOTT: FALHAS AMBIENTAIS E SEUS DESDOBRAMENTOS NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA.....	98
4.1 Teoria do desenvolvimento emocional primitivo	98
4.1.1 Atendimento às necessidades do eu.....	100
4.1.2 Estados tranquilos e excitados	102
4.1.3 A transicionalidade e o brincar	104
4.1.4 Uso do objeto	106
4.2 Falhas ambientais, vivências traumáticas e organizações defensivas.....	115
4.2.1 Verdadeiro e Falso Self e sua relação com o mundo externo	116
4.2.2 Aproximações entre Winnicott e Ferenczi.....	122
4.3 Proposta clínica: regressão à dependência.....	123

4.4 Os casos clínicos à luz de Winnicott.....	128
Considerações Finais	137
Referências Bibliográficas	143
Anexo I.....	151

INTRODUÇÃO

O presente estudo se voltou para as falhas de acolhimento do ambiente primário e suas consequências, bem como para a questão da regressão a estados de dependência na relação transferencial e sua importância para o processo de constituição psíquica.

Passei a me interessar profundamente pelo tema a partir do atendimento a três pacientes que sofreram falhas adaptativas às suas necessidades durante a primeira infância – Pedro, de quatro anos de idade, com queixa de retraimento social e agressividade contra o irmão mais novo; Lucas, de 14 anos, que trazia o diagnóstico de Síndrome de Asperger; e Maíra, de 17, diagnosticada como *borderline*, com comportamentos agressivos e extrema dificuldade em suas relações pessoais.

Esses três pacientes foram atendidos num mesmo período, quase simultaneamente; porém, na época, não me dei conta de que traziam demandas similares, apesar das inúmeras diferenças em seus quadros sintomáticos e também em suas idades. Assim, a ideia de estudar o ambiente primário que recebeu essas crianças no início da vida surgiu somente após o encerramento dos casos, quando passei a pensar também acerca da regressão terapêutica a serviço do processo analítico, como recurso para oferecer outro tipo de acolhimento ambiental às questões emocionais.

Formas de acolhimento, falhas ambientais e regressão à dependência

Ao olharmos para a história da psicanálise, podemos constatar que a investigação acerca do ambiente e sua influência no desenvolvimento psíquico passou a receber maior atenção e profundidade a partir dos estudos de Sandór Ferenczi. Pelo fato de atribuir maior importância à relação da criança com a mãe/ambiente e considerar o universo psíquico dos cuidadores, Ferenczi redirecionou o foco, retirando-o dos processos intrapsíquicos e passando a se centrar na intersubjetividade dos sujeitos envolvidos no acolhimento do bebê, com ênfase às marcas que o psiquismo materno nele imprime.

A partir da teoria ferencziana e dos autores que, inspirados em seu pensamento, formularam concepções sobre a constituição psíquica primordial, o ambiente foi então ganhando lugar de destaque. Vale esclarecer que “ambiente” não se refere apenas ao

espaço físico no qual o bebê é recebido; engloba também as pessoas e os objetos que o recebem e acolhem no início da vida.

Também D.W. Winnicott deu enorme ênfase ao ambiente em sua obra. O autor utiliza o termo em diversas situações e com muitos significados distintos - ora enfatiza o ambiente pré-existente à vida, ora aquele que recebe o bebê, referindo-se, ainda, ao ambiente interno, seu meio ambiente pessoal. Mas deixa claro o fato de que as condições são oferecidas ao indivíduo por uma *pessoa* com ele envolvida, preferencialmente, a mãe. Ressalta, porém, que a percepção objetiva desse ambiente por parte do bebê não se dá de imediato ao nascer, sendo alcançada à medida que seus recursos primitivos amadurecem. Esse processo depende das funções de cuidado exercidas pelo cuidador e de como ele acolhe e se adapta às necessidades do bebê.

Essa valorização do ambiente, no entanto, não nos leva a descartar ou desconsiderar as formulações de Freud. Aliás, como bem ressalta Figueiredo (2016)¹, a matriz freudo-kleiniana e a matriz ferencziana podem ser usadas na clínica de modo complementar, já que não se excluem mutuamente. Ocorre que a matriz ferencziana muito nos ajuda a compreender casos difíceis e a instituir adaptações no *setting* e manejo, como foi o caso dos pacientes aqui em questão.

Nesta perspectiva, busquei, aqui, aprofundar as investigações acerca dos tipos de ambientes e as formas de acolhimentos no início da infância com pacientes que sofreram falhas primárias, de modo a, na clínica, não apenas ressignificar relações já vividas, mas também pensar a relação transferencial como lugar privilegiado para a instauração de experiências inaugurais, do não vivido e do que necessita do outro para que possa emergir. E isso só pode ser construído dentro de um espaço transicional propício para a regressão à dependência.

A ideia é contribuir para compreendermos o que é necessário existir na relação, de modo que o paciente possa confiar no analista, podendo então se entregar aos seus cuidados de forma regressiva e dependente.

Objetivo

A partir da matriz ferencziana, este estudo busca explorar a temática dos ambientes de acolhimento primário e da regressão à dependência nos atendimentos de

¹ Esta ideia vem sendo construída e estudada pelo professor Luís Claudio Figueiredo, na pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, e deriva do material exposto em sala de aula no período de janeiro de 2015 a junho de 2016.

pacientes traumatizados, mais especificamente, daqueles que sofreram traumas durante os primeiros anos de vida (infância primária), de modo a aprofundar a investigação acerca das consequências dessas falhas e suas implicações nas demais relações de objeto.

A partir desse estudo geral, os objetivos específicos são: 1) investigar e caracterizar algumas das especificidades da relação transferencial na clínica com esses pacientes; 2) estudar a importância da regressão à dependência nesses casos; 3) investigar e pensar formas de manejo da relação transferencial com pacientes em estados regressivos dentro do *setting* analítico.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou o *método psicanalítico*. Naffah Neto & Cintra (2012) citam três tipos de pesquisa relacionados à psicanálise. O primeiro é denominado *pesquisa-escuta*, que seria uma *pesquisa clínica* por excelência, na qual estão presentes a atenção flutuante do analista e as associações livres do analisando. A segunda seria a *pesquisa-investigação*, que se implica na resolução de problemas psicanalíticos teóricos e/ou metodológicos, responsável pelo crescimento e aperfeiçoamento da disciplina psicanalítica. Esta complementa e dá suporte à pesquisa clínica. O terceiro tipo de pesquisa teria a psicanálise como tema. Neste caso, o pesquisador não precisaria ser um psicanalista para realizá-la.

Também Figueiredo & Minerbo (2006) falam sobre o uso do método psicanalítico:

Este pode ser usado para interpretar qualquer fenômeno que faça parte do universo simbólico do homem: sessões de psicoterapia, entrevistas, qualquer tipo de material apresentativo-expressivo (projetivo), fenômenos sociais ou institucionais, material clínico colhido de grupos de pacientes (colostomizados, fóbicos etc.). Por outro lado, não é adequado para descobrir relações de causa e efeito, nem para transpor descobertas feitas num campo para outro (FIGUEIREDO & MINERBO, 2006, p.274).

Com a intenção de compreender a que se propõe o método psicanalítico, os autores recapitulam os postulados freudianos e nos lembram que, para Freud, a psicanálise é simultaneamente um método de investigação do inconsciente, um procedimento terapêutico e uma teoria – esta última inacabada, pois segue em contínua expansão e reformulação. Faz-se necessário, então, distinguir *pesquisa em psicanálise* de *pesquisa com o método psicanalítico*.

Na pesquisa em psicanálise, esta é considerada como o objeto da pesquisa, sendo que o pesquisador não precisa necessariamente ser um psicanalista atuante para desenvolvê-la. Esta proposta muito se assemelha ao terceiro tipo de pesquisa descrito por Naffah Neto & Cintra (2012), a que tem a psicanálise como tema. Diferentemente, a pesquisa com o método psicanalítico demanda um pesquisador psicanalista em atividade analítica.

Sobre a importância da pesquisa clínica, Figueiredo (2012, p. 189) afirma

Cremos que a importância da pesquisa clínica no sentido amplo, a que não resultará necessariamente em escritos e descobertas ou invenções originais, reside justamente na necessidade de uma perlaboração continuada e na manutenção do inacabado essencial das teorias.

Desta forma, a escuta clínica e a pesquisa se mantêm preservadas através da contínua expansão do conhecimento analítico derivado de casos singulares, que, ao serem estudados, possibilitam, em certa medida, a obtenção de novas compreensões e aprofundamentos técnicos e teóricos que poderão ser utilizados por outros pesquisadores.

Considero que, no método psicanalítico, em que os fenômenos são compreendidos a partir do estudo da relação transferencial entre analista e analisando, é fundamental observar a dimensão clínica e os efeitos terapêuticos visíveis no objeto da pesquisa. Sendo assim, os casos apresentados neste trabalho me possibilitaram levantar hipóteses acerca dos diferentes ambientes primários de acolhimento e, conseqüentemente, das diferentes formas de organização psíquica e de demandas dirigidas aos cuidadores. Os três pacientes me levaram a pensar na necessidade de adaptação do ambiente/analista às suas falhas primárias. Minha inquietação, decorrente da constatação de que eles poderiam ter se beneficiado da regressão, me motivou a aprofundar o tema, buscando, para isso, autores mais afinados à matriz ferencziana (FIGUEIREDO, 2002), como Balint e Winnicott.

Busco, assim, realizar um estudo dos procedimentos e manejos que foram utilizados nos três casos clínicos atendidos em consultório particular, os quais exigiram a entrada em um processo de regressão à dependência na relação transferencial. O procedimento de investigação decorreu da própria situação clínica, sendo utilizados então estudos de caso como forma de comunicar a experiência analítica e as estratégias terapêuticas, de modo a contribuir com novas elaborações sobre o tema em questão.

O estudo está estruturado da seguinte forma: início com a apresentação dos três casos clínicos, trazendo breves comentários e explorações teóricas. No capítulo seguinte, abordo o tema da transferência e sua relação com a regressão, bem como a evolução do conceito de trauma em Freud e Ferenczi. Depois, trago as contribuições de Balint e Winnicott para a temática do ambiente de acolhimento primário e da regressão à dependência em pacientes que sofreram traumas durante os primeiros anos de vida. Em todos os capítulos, retomo os casos clínicos, e nas considerações finais do estudo, faço uma síntese e proponho possíveis articulações entre eles.

Capítulo 1 – CAMPO CLÍNICO-PSICANALÍTICO

Trago neste capítulo os relatos dos casos clínicos por mim atendidos, os quais me levaram a refletir acerca das diferentes formas de falhas ambientais e suas consequências. Início com Pedro, que se diferencia dos dois outros no que se refere à integração psíquica, levando ao uso do *setting* e a possibilidades de trocas com a analista. Já Lucas e Maíra, pelo fato de terem sofrido falhas mais precoces, apresentaram maiores dificuldades na constituição do vínculo durante o processo analítico, o que afetou todo o processo de trabalho.

1.1 Caso Pedro: o bebê tigre e a retomada do processo de desenvolvimento

Pedro chegou para atendimento com 4 anos de idade, encaminhado por uma colega com quem eu havia trabalhado anteriormente. A demanda dizia respeito ao comportamento do menino, que vinha se mostrando “travado”, quieto e contido, além de apresentar muito ciúmes do irmão mais novo, por vezes sendo agressivo com ele. O processo de análise durou por volta de dois anos e meio, na frequência de uma vez por semana.

Primeira sessão com os pais (anamnese)

Iniciei o atendimento recebendo os pais de Pedro, Carla e Luiz. Carla, após descrever o que vinha incomodando no comportamento do filho, logo me revelou que ele havia se afetado muito com o nascimento do irmãozinho, Julio, na ocasião, com 3 anos de idade, pois perdera precocemente o espaço e a atenção que dela recebia.

Como precisou fazer um tratamento longo para ter o Pedro, Carla nunca imaginou que facilmente, na sequência, engravidaria de Julio: “Senti que foi difícil pra ele [Pedro]... tinha a barriga da gravidez, então não conseguia dar colo... acho que ele precisava ter tido mais tempo sendo bebê, sem ter que aceitar a chegada de um irmão tão cedo [com um ano de idade]. Acho que isso o afetou”.

O pai concordava que a chegada do irmão afetara Pedro, mas discordava da esposa em relação à queixa de agressividade com o irmão mais novo, pois entendia que Julio era quem provocava o mais velho, que apenas respondia. Luiz acreditava, inclusive, que quem precisaria de atendimento seria Julio...

Pedi então que me contassem a história de vida de Pedro. Iniciaram ressaltando que ele foi uma criança “extremamente desejada”, isso porque Carla teve muita dificuldade para engravidar, fazendo tratamento durante dez anos. Pedro mamou até os sete meses e, segundo a mãe, desmamou sozinho (nessa ocasião, ela ainda não estava grávida de Julio). Alimentava-se bem e nunca rejeitava alimentos. A retirada da fralda também havia sido “tranquila” – com dois anos e meio, já controlava os esfíncteres e não solicitava ajuda para ir ao banheiro.

Quando chegou ao consultório, porém, vinha apresentando dificuldades para dormir sozinho, tendo sono agitado e, com frequência, procurando os pais no meio da noite, que acabavam por deixá-lo dormir com eles.

“Desde sempre”, Pedro frequentou escolinha/maternidade por meio período. Segundo a escola, ele apresentava dificuldade na aprendizagem, o que era questionado pela mãe, e também por mim, uma vez que ele estava com apenas quatro anos e não precisaria estar sendo alfabetizado... O que chamava a atenção da mãe, no entanto, era a indiferença de Pedro em relação às reclamações: não se afetava e não se sentia mal com as queixas e correções da professora.

Este foi outro ponto importante ressaltado pela mãe: Pedro não era muito afetivo com a professora que o acompanhava há tempos; na verdade, não demonstrava afeto e apego em geral, e isso chamava a atenção de Carla.

Mesmo assim, os pais o descreveram como um menino doce, ocasionalmente agressivo, mas apenas com o irmão mais novo. Porém, vinha se mostrando quieto e reservado, e não parecia se apegar facilmente às pessoas com quem convivia, em especial aos coleguinhas e professores.

Os encontros com Pedro

Pedro chegou ao consultório para o nosso primeiro encontro junto com a mãe; aceitou entrar sozinho na sala, sem apresentar ansiedade ou resistência. De fato, me pareceu um menino reservado, quieto e pouco espontâneo; o que mais me chamou a atenção no começo foi sua polidez, educação e o cuidado em não incomodar. Sentava-se na poltrona, quieto, e olhava longamente a sala, observando os objetos e o espaço. Inicialmente, utilizava apenas o primeiro terço da sala, onde ficavam armários com brinquedos. Olhava para as espadas, mas não ousava pegá-las, mesmo quando eu lhe oferecia, incentivando-o a brincar ou lutar com elas. Nessas ocasiões, Pedro apenas me

respondia “não, obrigada”, permanecendo sentadinho, com as mãos apoiadas nos joelhos.

Logo apresentei a caixa lúdica para Pedro, explicando que os conteúdos dela seriam apenas dele, diferentemente dos demais objetos da sala, que eram coletivos. Ele abriu cuidadosamente a caixa, observou, pegou e explorou cada objeto, mas notei que a maioria deles não chamou sua atenção; deixou a caixa de lado e acabou encontrando uma miniatura de abóbora, com rodinhas, que estava atrás da casinha de boneca, misturada com vários outros pequenos objetos. Tratava-se da abóbora em meio à transformação em carruagem e que fazia parte de um brinquedo da Cinderela. Pedro a pegou, ficou olhando longamente e falou: “mais um carro?”. Devolvi a pergunta, dizendo que eu também queria saber. Pedro sorriu muito alegre e exclamou “é uma *abóboia*”.

Desde o primeiro dia, esse objeto tornou-se seu brinquedo predileto e sua relação com ele, ao longo dos atendimentos, foi se modificando. Certa vez, fascinado com a abóbora-carro, levou-a até a sala de espera, para mostrar ao pai. Queria levá-la para casa, mas combinamos que eu a guardaria dentro de outro carro e que ali estaria protegida. Pedro concordou e, após encontrá-la nas sessões seguintes, no local que eu dissera, passou a guardá-la em sua caixa pessoal. Penso que meu paciente estabeleceu uma relação de objeto transicional com esse brinquedo - abandonou-a e encontrou-a diversas vezes, até que, por fim, disse não precisar mais dela. Esse aspecto será explorado mais adiante, pois acredito que tenha sido de enorme importância em seu percurso.

Durante os primeiros meses, acolhi Pedro sem me manifestar muito. Apenas perguntava como estava e o que gostaria de fazer, enquanto ele se sentava e observava a sala; parecia ter receio de usar os objetos e se preocupava muito em não bagunçar ou incomodar. Após alguns encontros, começou a explorar os armários e a caminhar pela sala. Olhava por longos períodos a casinha de boneca e chegava a tocar seus móveis, mas não os pegava. Quando lhe perguntava se queria brincar com aquilo, respondia “não, obrigado”, e voltava para o início da sala, olhando dentro dos armários os brinquedos coletivos.

Em todas as sessões, Pedro abria sua caixa lúdica e, após retirar os objetos e observá-los, familiarizando-se com eles, os guardava novamente e não mexia mais nela. Caso não avistasse a abóbora prontamente, vasculhava a caixa até encontrá-la; ao vê-la, sorria, parecendo muito feliz, e só então partia para alguma outra atividade. Claramente,

esse objeto tinha um valor de referência para meu paciente, pois precisava encontrá-lo para organizar suas atividades e se sentir apto a começar a sessão. Tratava-se, portanto, de um objeto organizador dentro do *setting*, criando um enquadramento e uma situação psíquica que lhe oferecia confiança na permanência do objeto.

Após um mês de atendimento, a polidez no brincar e no trato comigo foi dando espaço à agressividade - Pedro parecia estar, finalmente, acessando sua raiva. Em uma de nossas sessões, resolveu pegar canudos dentro da caixa e picá-los em diversos pedacinhos. Estava muito concentrado, rindo e fazendo caretas “bravas”, denunciando um grande prazer nessa destruição. Então, ocorreu algo inesperado, e bastante significativo: após alguns minutos nessa brincadeira, Carla, que esperava por ele junto com o irmão menor, bateu na porta do consultório. Como isso nunca havia acontecido, pensei ser uma emergência e logo abri a porta; Julio correu para dentro da sala, e a mãe me avisou que ele precisava muito fazer xixi, mas ela não encontrara nenhum banheiro disponível na clínica. Pedro se incomodou muito com essa inesperada invasão do irmão em seu espaço, mostrando-se irritado e mobilizado pela situação; logo fechou sua caixa, com todo o material picotado dentro. Carla pegou Julio pelo braço e o levou ao banheiro. Saíram logo depois, e a mãe se desculpou, tentando levar o filho menor para a sala de espera, que resistia, pedindo para ficar, pois queria brincar. Expliquei que ali era o espaço de seu irmão, e Julio, contrariado, acabou se conformando e saindo com Carla.

Minha hipótese é de que Pedro estava, justamente, “picando” Julio, agredindo-o em fantasia, no brincar, vivendo um momento de prazer sádico-anal, quando foi interrompido pela entrada de seu irmão. Sentei-me ao lado de Pedro e sugeri, então, que continuássemos com a brincadeira de picotar os canudos, mas ele não topou e, com raiva, exclamou “já sei!”: foi até o armário e pegou as espadas, afirmando que iríamos lutar. Concordei com a ideia, mas, antes, percebendo que se tratava de um momento importante, expliquei que seu irmão apenas entrara na sala por estar muito “apertado” e por que sua mãe não encontrou outro banheiro. Assegurei que isso não aconteceria novamente, pois, agora, Carla sabia onde encontrá-lo e não precisaria mais usar o nosso. Perguntei se gostaria que não entrassem mais na sala enquanto estávamos lá, e ele logo afirmou que sim.

Na sequência, lutamos com as espadas por um longo tempo. Pedro apresentou muita agressividade, mostrando-se mais solto que o habitual. Fazia barulhos de destruição, me matou diversas vezes com a espada e chegou a me destruir com “xixi e cocô venenosos”. Ao final, buscou um kit médico no armário para me curar. Mesmo nos

gestos “curativos”, Pedro alternava entre reparação e certa maldade - me dava injeções, com risadas maquiavélicas, afirmando que iam doer muito. Eu gritava e dizia que realmente estava doendo muito; ele ria e logo na sequência fazia um curativo. Quando estava “curada”, Pedro avisou, rindo, “te enganei!”.

Penso que, neste momento, meu paciente se sentiu protegido por mim, não só por eu ter nomeado seu evidente incômodo com a invasão de Julio, mas também pela minha reposta dentro do manejo da relação transferencial, posicionando-me como alguém que tolerava e sustentava seus ataques, sem retaliá-lo. Pedro conseguiu sentir-se acolhido e pôde experimentar sua ambivalência e prazer sádico por estar acessando esses conteúdos nas brincadeiras.

A sessão estava chegando ao fim, e após guardarmos tudo, aproveitei para retomar a situação que vivenciáramos. Mais uma vez, disse-lhe que ele não tinha gostado nem um pouco do irmão ter entrado em seu espaço e perguntei se gostaria que eu falasse com seus pais para que isso não voltasse a acontecer, ou se queria que Julio nos visitasse novamente. Para minha surpresa, Pedro optou pela segunda alternativa: “Quero! Pra ele ver...”. Diante dessa resposta, acredito que Pedro tenha conseguido acessar sua raiva e buscava triunfar sobre o irmão; queria sim que Julio visse tudo o que lhe pertencia, seu “reino” – o que continuava sendo a manifestação da exploração de seus sentimentos de ambivalência e prazer sádico-anal.

Afirmar que o compreendia, pois Julio havia visto que ali era “legal”, mas que pertencia apenas a ele, Pedro. Meu paciente confirmou e avisei que, como já havia ocorrido outras vezes, chamaria seus pais para uma conversa na semana seguinte. Expliquei que gostaria de sempre combinar antes com ele o que deveria ser dito para os pais. Perguntei se havia algo a mais que ele gostaria que eu falasse, além de explicar que Julio só poderia entrar na sala com a autorização de Pedro. Combinamos que ele continuaria vindo às sessões e nos despedimos.

Ao abrir a porta, Pedro nem conseguiu convidar o irmão, pois este já estava a postos esperando para entrar. Pedro o seguiu até a casinha - ambos pararam diante dela e ficaram olhando os brinquedos. Perguntei: “você quer mostrar pra ele, Pedro?”. Meu paciente assentiu e começou a mostrar alguns brinquedos para Julio. A mãe chamava os dois, principalmente o menor, para saírem da sala, pois a sessão havia finalizado. Parecia preocupada em estar incomodando, afirmando que Julio era muito agitado e fazia o que queria, tentando se desculpar.

Na sessão com os pais, aponteí então o que estava incomodando Pedro e como nosso espaço deveria ser preservado, destacando a tendência de Julio a invadir os espaços do irmão. Os pais concordaram e acrescentaram informações e episódios corriqueiros que exemplificavam claramente essa invasão. Combinamos que, em casa, também deveriam ficar atentos a isso, pois Pedro geralmente se inibia e não conseguia impedir Julio e nem se defender, o que lhe gerava muita angústia.

Após alguns meses, Pedro já conseguia expressar sua raiva livremente. Chegava a soltar frases no meio das brincadeiras que denunciavam seu ódio e inveja do irmão. Em uma das inúmeras lutas de espada, na semana em que seu irmão ganhou uma festa de aniversário, Pedro me “derrubou no chão e me esquartejou”. Levantou sua espada para o alto e exclamou: “tá legal a sua festa, Julio, tá?”.

Podemos observar aqui a personificação e o aspecto lúdico - Pedro estava se divertindo com as cenas sádicas “de mentirinha”, sentindo que, apesar dos ataques nas cenas, seu irmão real se mantinha íntegro; seus ataques o destruíam na fantasia, mas não na realidade. A sobrevivência do objeto é importante para que a criança se sinta livre para fantasiar e acessar seus afetos mais difíceis. Caso contrário, se o objeto não sobrevive ou retalia a criança, ela pode acreditar que o danificou a tal ponto que este poderá persegui-la para se vingar ou, ainda, que ela destruiu para sempre o objeto.

Durante as sessões, Pedro me “dirigia” nas cenas lúdicas. E como a alternância de papéis era muito rápida e constante, eu precisava ficar muito atenta: em alguns momentos, eu ocupava o lugar do irmão, para logo em seguida me tornar sua mãe, depois uma bruxa (mãe má) e, ainda, em alguns momentos, seu pai. Eram sessões bastante agitadas, mas percebia que, gradativamente, Pedro ia se permitindo explorar sua agressividade num ambiente acolhedor e sem repreensão, libertando-se do lugar onde vivia preso. Ele estava construindo um espaço psíquico para viver e experimentar suas emoções.

Após meses de lutas e destruição, Pedro começou a encenar situações em que eu precisaria cuidar dele. Um movimento regressivo se instalou, pouco a pouco, permitindo que sua demanda de cuidados primários fosse atendida. Primeiramente, Pedro atuou como um bebê deitado no divã, afirmando que precisava de comida e que estava com frio. Pedia para cobri-lo com a manta e para levar leite para ele. Aos poucos, o neném adquiriu uma identidade, a de bebê tigre, e eu, a de sua mãe, a onça. Ele acreditava que o tigre, ao se tornar adulto, virava onça. Dessa forma, passamos os meses seguintes dentro dessa encenação, e Pedro pôde regredir a estados muito anteriores de

seu desenvolvimento, até chegar, posteriormente, à dependência quase que absoluta. Solicitou que o maternasse em todas as sessões, demandando carinhos, que o colocasse para dormir, que o vigiasse enquanto dormia, que o pegasse no colo, “todo machucado na floresta”, e o carregasse até seu berço, para então pegar remédios e ajudá-lo. Tinha de fazer curativos em suas patas, pois sempre quebravam; as demandas de cuidados eram extensas e repetitivas. Ao final das sessões, o tigre sempre melhorava, como se tivesse de se recompor para ir embora. Pedro voltava na sessão seguinte todo arrumado, comportado e mais silencioso, mas logo abria sua caixa e toda a cena voltava. Continuava a procurar sua abóbora no início da sessão, a examinava, sorria e a guardava novamente. Acredito que se identificava com ela e, em alguns momentos, precisava usá-la para se acalmar.

Ressalto, mais uma vez, que a abóbora adquirira, para Pedro, qualidades de um objeto transicional, como proposto por Winnicott (1951). Trata-se de um objeto eleito pela criança durante a infância primária, recorte de uma materialidade, e que se localiza na área intermediária entre o seu mundo interno e a realidade compartilhada, indicando a transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado. O bebê passa a ter, então, a primeira relação com algo não-eu que é de sua posse e que servirá para substituir a mãe de uma forma similar a ela, aplacando a angústia, estando presente e servindo de conforto, mas representará, ao mesmo tempo, a ausência da mãe, pelo fato de não ser a mãe. Sendo assim, é transicional porque está entre o estado fusional do bebê com a mãe e o seu estado semi-independente, e também porque permite transitar entre fantasia e realidade. Se pensarmos nas características do objeto eleito por Pedro, podemos ver que se trata de uma abóbora, porém, com rodinhas. Esta característica altera todo o sentido do objeto: as rodinhas permitiam que ele pudesse ir para longe e voltar para perto, transitando, vivendo a experiência ativa de ir e vir, ligada à motricidade, à descoberta do movimento, como no jogo do *fort-da*² de Freud, que permite fazer desaparecer e recuperar.

Dessa forma, a ilusão absoluta dá lugar a uma ilusão relativa, através do objeto transicional; este pertence à área intermediária de experiência - faz e não faz parte do

² *Fort-da* se refere a uma espécie de brincadeira/jogo que Freud observou e relatou em seu trabalho “Além do Princípio de Prazer” (1920). Usando um carretel e um fio, uma criança de um ano e meio brincava de jogá-lo para fora de seu alcance/vista e o retomava para perto puxando o fio. Freud deduziu que a brincadeira encenava a vivência de se afastar e reaproximar da mãe que se ausentava por algum período. Esta brincadeira ajudou Freud a pensar a lógica por trás da repetição de experiências que não foram necessariamente boas/prazerosas e porque o sujeito buscava repetir algo que foi desprazeroso.

corpo do bebê, que acredita ter sobre ele controle mágico, mesmo vivendo experiências em que não tem controle absoluto sobre o objeto na realidade. Essa relação paradoxal se assemelha ao que é vivido na relação com a mãe, que vai sendo reconhecida pelo bebê como alguém com vontades próprias e necessidades; alguém que está para além dele. No caso de Pedro, a abóbora não era nem abóbora nem carruagem: era algo em transformação, e justamente esse traço é que o fascinava. Ele também ressaltava gostar do fato de ela ser pequena, o que pode remeter a aspectos regressivos, de identificação com o lugar de bebê, de ser menor, etc. Algumas vezes, Pedro pegou a abóbora e a retirou da caixa, afirmando não precisar mais dela. Então, voltava a guardá-la com suas coisas e a usava de vez em quando nas brincadeiras. Procurava protegê-la ao final, sempre se certificando de seu paradeiro; ou seja, precisava certificar-se da constância do objeto, de sua confiabilidade – a abóbora precisava continuar lá para permitir que ele fosse e voltasse. Minha hipótese é de que a abóbora significava a relação dele com a análise e comigo - Pedro estava experimentando sair da dependência e dizer a si mesmo que não precisava mais de nenhum substituto: nem da mãe, nem de mim, fazendo, assim, vários ensaios ligados à separação de um modo de relação, com nós duas.

Ao final de uma sessão, guardou a abóbora no bolso dizendo que ia levá-la para casa para que ela pudesse conhecer seu quarto. Pedro queria, na verdade, me levar com ele, me mostrar seu quarto e sua intimidade, espaços que eram parte da vida dele e aos quais eu não tinha acesso. Combinamos que ele poderia levá-la, desde que a trouxesse de volta para a caixa; o que ele de fato o fez. Aqui, podemos entender que Pedro foi capaz de sair da posição passiva de apenas receber e observar, passando a se colocar de forma ativa nas relações, atuando e sendo ele agora a pessoa que provava ser confiável.

Nos últimos encontros, ao final de nosso percurso juntos, Pedro passou a trazer elementos de seu cotidiano para as sessões; brincava de escolinha, me punia e me obrigava a me apressar para terminar as lições. Colocava-se no papel de professor e encenava as situações de angústia e castração que vivia na escola: o fato de não ter tempo, de não poder, de ser obrigado a algo; tudo isso era encenado de maneira que ele fosse o castrador e eu, a criança que precisava se adaptar a isso. Nesse movimento mutativo, percebi que meu paciente já não precisava mais regredir a um funcionamento primário, podendo viver sua realidade e a fase correspondente ao seu desenvolvimento, compatível com sua idade; estava atravessando os estágios sádico-anais das etapas tardias e fálicas, entrando no complexo de Édipo, na construção de suas competências, dos seus afetos ligados ao obedecer e mandar e sua identidade potente. Seus pais

afirmavam que, em casa, estava mal-humorado e reclamava da professora, mas que expressava sua raiva e também se esforçava para fazer o que era necessário. A negociação entre seus desejos e a realidade estava se dando naquele momento. Pedro aparentava então dispor de recursos internos constituídos e internalizados com os quais podia contar para lidar com a vida. Já não reprimia tanto sua raiva, mas estava usando sua agressividade para construir sua potência. Pedro não continha seus sentimentos, conseguia acessar os afetos positivos e negativos e lidava com eles na medida de suas necessidades.

Então, um episódio significativo ocorreu em uma de nossas últimas sessões. Pedro interrompeu a brincadeira de escolinha, em que me dava ordens e me apressava, dizendo que cada um iria para sua casa e que eu deveria visitá-lo. Apareci para uma visita e ele me convidou a entrar, dizendo que ele gostaria de me preparar uma comida. Pela primeira vez, Pedro incluiu na brincadeira comida sólida, dizendo que faria panquecas e depois macarrão. Além dessa refeição, afirmou que beberíamos cerveja. Essa mudança me impressionou muito, uma vez que eu sempre precisava alimentá-lo com leite e papinhas. Além de mudar para alimentos sólidos e “de adultos”, inverteu os papéis, sendo ativo no preparo da comida e me oferecendo. Percebi que, além de receber e demandar, ele, agora, já podia ofertar. Pedro conseguiu sair do lugar regredido, de características orais de predominância de demandas, para avançar em direção a uma independência maior, que incluía a capacidade de fazer algo, ser ativo e oferecer isto a alguém.

Pedro me ofereceu a refeição e disse que também tinha um kit médico, me ofertando seus serviços. Agradei e disse que eu estava bem. Falou que precisava cortar a comida para mim, porque eu era pequena, só tinha quatro anos. Aceitei e Pedro cortou minhas panquecas, mas, acidentalmente, simulou um corte em seu dedo, exclamando que havia sido profundo e sangrava muito. Perguntei o que ele faria e, rapidamente, respondeu que ele mesmo faria um curativo com o que tinha em seu kit médico. Pedro pegou um curativo, dizendo que quase havia morrido, mas tinha conseguido se curar. Falei que era um alívio saber que ele conseguia se curar e ele me avisou que, agora, quem estava passando mal era eu, “com muita dor de barriga, quase vomitando”, e precisava de sua ajuda. Aceitei e encenei uma situação de muita dor e desamparo. Pedro pegou seus remédios e me ofereceu, afirmando que me ajudaria. Ouviu meu coração e disse que estava curada. Agradei e disse que havia melhorado por completo, pois os remédios dele eram muito bons.

Ao nos despedirmos, lembrei que estávamos perto de finalizar nosso trabalho, que teríamos apenas mais duas sessões. Ele afirmou que sabia e concordou que não precisava mais vir, mesmo após eu lhe explicar que poderíamos continuar, se ele quisesse. Anteriormente, ao perguntar se gostaria de encerrar, Pedro sempre afirmava: “acho que eu posso vir mais um pouquinho”. Essa mudança na afirmativa sobre suas necessidades de acolhimento também foi muito significativa.

Penso que a dramatização da situação de cura, com a conquista da capacidade de se autocurar e curar a própria analista, indicava a firme introjeção do objeto bom. Diante de uma última angústia - será que, ao curar-se, deixara a doença na analista? – pediu para me tratar, e respondi atestando a boa qualidade dos cuidados de meu paciente. Penso que estávamos ambos nos preparando para a próxima separação e para o encerramento do trabalho, o que também se evidenciou quando encerrou a brincadeira de escolinha, em que os personagens estavam envolvidos em uma disputa de poder, para introduzir o convite para que eu fosse visitá-lo em sua casa, onde ele estaria no lugar de anfitrião. Trata-se de um percurso realmente intenso...

Nas semanas seguintes, Pedro continuou brincando de escolinha e me contando sobre seus amigos, professores, tarefas e sobre a viagem que faria nas férias. Havia se tornado um menino que brincava e conseguia ser livre e criativo. Os pais encerraram os atendimentos agradecendo e pedindo para que eu atendesse Julio, se possível, pois o filho menor estava dando muito trabalho... Afirmar que poderia indicar uma pessoa para isso, pois aquele espaço, como já havíamos combinado, era do Pedro. Eles concordaram e aceitaram a indicação de outro profissional.

1.2 Caso Lucas: sua existência para além de um manual

Quando iniciou seus atendimentos comigo, Lucas era um adolescente de treze para quatorze anos de idade. Na ocasião, eu trabalhava em uma clínica de psicoterapia, em Brasília, mas, após algumas semanas, me mudei definitivamente para um consultório particular. Apesar da distância de sua casa, Lucas quis continuar comigo – para chegar, ele precisava tomar ônibus, metrô e ainda caminhar durante vinte minutos; em razão disso, comparecia apenas uma vez na semana. Nosso processo de trabalho durou cerca de dez meses.

Primeira sessão com os pais (anamnese)

Iniciei o atendimento realizando um primeiro encontro com os pais. Na ocasião, a mãe, a quem chamo de Helena, falou a maior parte do tempo, enquanto seu pai, Rubens, permaneceu calado durante quase toda a sessão. Assim que entraram na sala, Helena me apresentou o diagnóstico do filho, me perguntou se eu conhecia o quadro de autismo e me entregou um panfleto com o título “manual do autista”. No início, me surpreendi, pois nunca havia visto aquele tipo de material. Dei uma folheada e o deixei de lado para continuarmos a conversa. Então, Helena sugeriu que eu usasse o tal manual para atender seu filho, cujo diagnóstico era, segundo ela, Síndrome de *Asperger*, de fato, considerada um transtorno do espectro do autismo.

Lucas nunca havia realizado nenhum acompanhamento especial para tratar a questão, mas, meses antes de chegar ao consultório, havia iniciado atividades para crianças e adolescentes com altas habilidades e diagnóstico de superdotação, uma espécie de oficina oferecida pela escola que frequentava, após o horário das aulas, algumas vezes por semana. Organizados em grupos, esses alunos eram estimulados a desenvolver projetos e atividades que explorassem suas habilidades e aptidões. No caso de meu paciente, as altas habilidades eram restritas à área de exatas (matemática e física) e, por isso, participava apenas das aulas dessa área, obtendo um excelente desempenho. Vale lembrar que essas matérias possuem uma lógica “fechada”, restrita à exatidão, que não permite outras possibilidades de respostas; há uma única solução para um problema e ela será sempre a mesma - exata. Na área de humanas, no entanto, Lucas apresentava dificuldades, e esta era uma das queixas de seus pais: o que não o interessava, não recebia a sua atenção.

Similar a Lucas, a mãe parecia também se pautar em uma “ciência exata”, trazendo uma única resposta, uma única certeza: seu filho era autista e isso justificava, para ela, a maior parte das dificuldades que vinha apresentando. Perguntei então sobre o desenvolvimento de Lucas, de sua infância, gestação, etc., procurando realizar uma anamnese completa.

Helena afirmou que ele sempre foi uma criança diferente, ressaltando que, no fundo, todas as mães de autistas sabem que são culpadas pela doença de seus filhos. Perguntei por que afirmava isso tão categoricamente, e então, sem se alterar ou se emocionar, ela me disse que nunca o desejara, e que ele era assim por sua causa. Contou sobre as outras gestações, de suas duas filhas, e como eram diferentes. Não sabia o que

fazer com Lucas, pois “...era um menino, o que eu ia fazer com um menino? Não tem como brincar de boneca!” . Lembrou, ainda, que a gravidez dele aconteceu em um período pouco favorável, pois, na ocasião, cursava o mestrado. Por esse motivo, desde o primeiro ano de idade, deixava a criança com a avó materna. Posteriormente, ficou claro que, mesmo antes de completar um ano, era essa avó quem cuidava do neto. Dessa forma, até os 3 anos de idade, Lucas foi criado pela avó, enquanto sua mãe cuidava das outras duas filhas - uma mais velha que ele e a outra mais nova.

Depois desse primeiro encontro com os pais, poucas vezes consegui contatá-los: foram menos de quatro sessões ao longo do processo, sendo a última para encerrar o processo.

Os encontros com Lucas

Assim que chegou no andar do consultório, Lucas parou no centro da sala de espera (eram cinco salas de atendimento em volta) e gritou várias vezes: “Dra. Amanda”, permanecendo em pé, sem se movimentar, até eu aparecer. Depois de alguns minutos, abri a porta para recebê-lo e me apresentei, convidando-o a entrar. Ele veio até mim, como se marchasse, estendeu a mão, me cumprimentou “Boa tarde, Dra. Amanda”, e logo me entregou, por orientação de Helena, o documento com seu diagnóstico de *Asperger*. Nesse momento, a impressão que tive era de estar diante do menino descrito por sua mãe.

De imediato, Lucas chamou minha atenção pelo seu tamanho, tom de voz, pela forma de se movimentar e vestimentas. Alto, com mais de 1.80m, um tanto desengonçado, esbarrava em tudo e falava “roboticamente”, quase que aos gritos, comunicando-se bastante, mesmo que nesse tom estranho. Falava sobre tudo, olhando-me sem piscar por longos períodos, parecendo ávido por estabelecer um vínculo, mesmo que truncado. Nesse momento, questionei imediatamente seu diagnóstico, mas não disse nada, apenas guardei essas percepções. Durante todo o tempo que o atendi, Lucas chegava ao consultório sempre suado e ofegante, com roupas pequenas para seu tamanho, além de sujas - as blusas eram curtas, deixando a barriga à mostra, os shorts e as calças visivelmente o apertavam, mas ele não parecia se importar ou mesmo sentir desconforto. Ficou evidente que se tratava de um menino pouco cuidado, muito pouco olhado - era como se os pais não percebessem seu tamanho e não atentassem para as necessidades do filho. Lucas me parecia esquecido dentro de sua família, sua existência parecia gerar mais incômodo do que qualquer sentimento positivo. Os poucos encontros

que tive com os pais me causaram esta sensação - pareciam estar ali por obrigação e não apresentavam interesse em lidar com ele. A aparência de meu paciente evidenciava esse descuido e a desatenção dos pais.

Embora com essa compleição física pouco comum entre adolescentes de 13 anos, o jeito e o olhar de Lucas transmitiam algo de muito infantil. Os olhos me impressionavam - eram enormes, com cílios muito compridos, me remetendo à expressão de um bebê. De fato, contratransferencialmente, sentia como se meu paciente fosse uma criança bem pequena, ainda necessitada e dependente de muitos cuidados dos adultos.

Nos primeiros atendimentos, Lucas falou de sua escola, suas preferências por matérias de matemática e física, sua irritação com a área de humanas, “Me diz pra que serve isso? Pra nada! Não faz sentido nenhum, é muito inútil. Pra que aprender isso? E pior, se você tira nota baixa, você reprova mesmo tendo 10 em todo o resto”. Contava-me, então, sobre as aulas de altas habilidades, que eram as únicas atividades que o animavam e das quais ele realmente gostava.

Quando lhe perguntava sobre sua casa, irmãs, família, ele respondia superficialmente, apenas informando fatos e, rapidamente, mudando de assunto. Falava com certo desprezo de seus pais, como se fosse superior a eles intelectualmente. Mais adiante, compreendi que Lucas, possivelmente, buscou uma racionalização defensiva para justificar o desamparo que sentia em relação à falta de atenção dos pais - era evidente que estes não se mostravam em condições de compreender a imensidão de seu desamparo, e para meu paciente, a única explicação possível era a de uma dificuldade intelectual deles. Seu raciocínio se fechava nessa explicação, até porque seu desamparo não vinha explicado em um manual, como a tal Síndrome de *Asperger*...

De fato, naquele momento, o abandono e desinvestimento afetivo dos pais desde sua primeira infância não poderiam ser registrados por ele como falhas ambientais. Por isso, Lucas parecia compreender que ter permanecido sob os cuidados da avó materna, a única pessoa da família a quem se referia com afeto, havia sido uma escolha *dele*.

Interessante que, na primeira entrevista com os pais, Helena relatou que Lucas gostava de visitar a avó e sempre ficava com ela durante os programas familiares. Em sessões seguintes, a mãe confirmou que não havia se dado conta, até então, de que Lucas era o único da família que se preocupava e fazia companhia à avó, procurando lembrar os demais de que também precisavam cuidar dela.

Acredito que a avó tenha exercido o papel materno desde o início, e que Lucas tenha, de fato, recebido cuidados, afeto e atenção na primeira infância. No entanto, posteriormente, essa avó não continuou sendo a responsável por ele, devolvendo-o ao núcleo familiar, lugar onde ele nunca foi bem acolhido (emocionalmente), desejado e olhado. Houve, portanto, uma ruptura, uma falha importante em seu desenvolvimento primário.

As falhas do ambiente materno primário me remetem às teorias de Ferenczi, Winnicott e Balint. Esses autores tratam precisamente de adoecimentos, formas de defesa e de constituições falhas de pacientes como Lucas. Primeiramente, pensando em Ferenczi, podemos levantar a hipótese de que o adoecimento psíquico de meu paciente foi provocado por traumatismos precoces e por situações traumáticas vividas por ele nos primeiros anos de vida. De acordo com o pensamento ferencziano (1928a-1933), bem como dos demais autores supracitados, podemos pensar que o investimento em uma nova vida que chega na família, por parte dos objetos primários, é indispensável para uma constituição psíquica saudável. E mesmo quando, no início, esse investimento se mostra suficiente, pode deixar de existir em períodos posteriores. No caso de Lucas, essa constituição parece ter sido bastante falha e traumática.

A partir das considerações sobre traumatismos precoces, Ferenczi (1931) expande seus estudos, postulando que a situação traumática em qualquer idade faria o sujeito regredir a uma condição precária de desamparo e despreparo diante do imprevisível e do incontrolável. Consequentemente, o sujeito lançaria mão da passividade. De acordo com essa perspectiva, penso então que Lucas necessitou se apassivar e se submeter ao lugar que lhe foi atribuído, tanto pelo discurso da mãe como pelo diagnóstico de *Asperger*. Podemos pensar que Helena também apresentava certa passividade do sentir e do pensar, da capacidade de elaboração, usando o diagnóstico como escudo e afirmando sua culpa, mas sem implicar-se verdadeiramente na relação com seu filho. No caso de Lucas, isso ficava evidente na sua forma de se relacionar com as pessoas, de se defender das relações e da vida.

Podemos supor então que a falha básica, a ruptura e a descontinuidade que meu paciente sofreu precocemente nos primeiros anos de vida serviram de base para que ele se organizasse de forma extremamente defensiva. Ao se deparar com um mundo que não o acolhia em suas necessidades, que não o sustentava e nem lhe oferecia um *holding* contínuo, viu-se obrigado a se adaptar precocemente à realidade. Lucas não encontrou outra saída para se salvar: tornou-se um sobrevivente adaptado, com

fragmentações egóicas e fracasso das defesas ativas incipientes, por exemplo, fazendo sintomas, apresentando uma adaptação superficial e prática, que visava à sobrevivência; assim, sem querer incomodar os outros, ele poderia talvez ser visto como uma organização falso-*self*. Para superar a angústia, encontrou soluções pela passividade: adaptação mecânica, neutralização dos afetos, relações objetais precárias, estabelecendo apenas relações de objeto narcísicas.

Penso então que Lucas poderia ser considerado o que Balint (1959) denominou um filobata. Para o filobata, os espaços livres, a ausência e o isolamento trazem a sensação de segurança. Já os objetos são ameaçadores, pois dão a ideia ao sujeito de que podem ser aprisionantes ou perseguidores. O centro, ou seja, o núcleo egóico constituinte do filobata se organiza, de forma paradoxal, em torno da redução da vivacidade ou da morte dos afetos; trata-se de um núcleo morto. Para esse tipo de paciente, as pessoas são ameaçadoras e angustiantes, e acontece uma forma de amortecimento das emoções, que visa evitar a angústia de forma radical: não resta ao sujeito outra saída a não ser a retirada ou retraimento para uma forma de morte psíquica. Trata-se de um processo de se tornar insensível e esvaziar-se para se livrar da angústia e controlar a sua agressividade. Lucas desenvolveu esses mecanismos de defesa passivos a fim de sobreviver, isolando-se das outras pessoas, evitando qualquer revivência traumática ou que pudesse gerar angústia, e assim chegou o mais perto que pôde de um estado de morte da vida afetiva. Apresentava retraimento, congelamento da situação traumática primária e um estado de hibernação do *self*. A sensação, ao atendê-lo, era de que há muito tempo tinha desistido da vida e estava à espera de seu fim de forma passiva, vagando pelo mundo sem necessariamente habitá-lo.

Ao longo dos atendimentos, Lucas foi perdendo seu tom robótico. Gradualmente, percebia que sua voz fluía com mais facilidade e se assemelhava mais a um discurso comum. Passamos a conversar muito sobre seus canais favoritos de TV: *Discovery Channel* e *Animal Planet*, e sua preferência pelos episódios em que situações extremas de sobrevivência eram simuladas e as pessoas conseguiram sair vivas para contar suas histórias. Certamente, meu paciente se identificava com esse tipo de conteúdo... Por coincidência, na época, meu irmão pequeno assistia a esses canais e eu conhecia vários episódios. Isso parecia fascinar Lucas, que afirmava não ter com quem conversar sobre esses temas. Sempre se referia ao seu desejo de sair ileso de qualquer situação, por mais adversa que fosse; percebia que o mais importante para ele era conseguir tudo sozinho, sem a ajuda de ninguém. A ideia de depender, de pedir ajuda e

de contar com o outro era-lhe inconcebível, o que mais uma vez remete ao sujeito filobático de Balint (op. cit.). Em Lucas, sempre imperava a ideia de sobreviver sem o outro e uma necessidade de controle da situação visando a um preparo anterior que pudesse prever o caos, a falta e, conseqüentemente, garantir sua sobrevivência sem vivenciar qualquer angústia.

Outro dado importante sobre meu paciente diz respeito ao fato de ele apresentar muitos medos. Lucas sempre falava deles, por exemplo, de sua fobia de elevadores – por isso, preferia subir dez andares de escada no consultório para evitar seu uso (interessante que os programas de sobrevivência ensinavam, inclusive, a sobreviver a uma possível queda). Conto então um episódio significativo que vivenciamos.

Como de costume, após o atendimento de Lucas, chamei o elevador para descer, enquanto ele ia pelas escadas, sempre afirmando que eu deveria fazer o mesmo. Assim que iniciou seu funcionamento, o elevador parou e, como previra meu paciente, fiquei presa. Apertei a campainha para pedir ajuda e, após alguns minutos, o elevador voltou a funcionar. Quando cheguei ao térreo, Lucas abriu a porta pálido e muito assustado; também me espantei ao vê-lo, pois achei que já havia ido embora. Saí do elevador perguntando por que ainda estava ali. Ele respondeu que havia percebido o problema e alertado o segurança do prédio; mas logo começou a brigar comigo, repreendendo-me por não seguir seu conselho de usar as escadas. Parecia estar muito incomodado e nervoso, suave e falava com a voz trêmula. Respondi que havia sido um susto, mas que, como eu já havia dito a ele, sabia que alguém iria me ajudar e me tirar de lá. Esse alguém, nesse dia, fora ele.

A expressão de pânico e desespero ao me ver saindo do elevador denunciou o medo, a angústia claustrofóbica e o verdadeiro horror que meu paciente sentia de ficar preso em um ambiente fechado. Penso, porém, que ele tenha ficado muito angustiado, não apenas pela sua fobia de elevadores, mas por perceber que se importava comigo. Foi a primeira vez que a questão da perda apareceu. Até então, Lucas não parecia se importar com a ausência ou presença das pessoas; com exceção da avó, parecia mesmo desdenhá-las, defendendo-se de forma maníaca e, assim, buscando não precisar de ninguém. A falta dos outros não era algo que aparecia em nossas sessões...

Lucas saiu nervoso, numa mistura de susto, raiva e medo. Nos encontros seguintes, sempre voltava ao assunto da sobrevivência, do ser independente em tudo e de seu maior “sonho”: ser ermitão.

Outro aspecto de Lucas que me fazia questionar seu diagnóstico era sua capacidade de entender, construir e usar metáforas. Certo dia, em uma sessão intensa, falava de seus medos quando começou a me explicar que, se uma substância era tóxica, deveria ser armazenada de forma a não entrar em contato com nada. Pedi que elaborasse um pouco mais a ideia, pois estava curiosa, e ele continuou: “Imagine o mercúrio. Ele é tóxico, certo? Ele não pode entrar em contato com a água porque tudo que a água tocar ficará contaminado, certo? Então... o que tem que ser feito é..., você tem que colocar o mercúrio em um *container* que seja vedado e não vaze, pra que ele fique lá e não contamine nada”. Perguntei então: “Mas por que escolher isolar o mercúrio?”, pedindo para que se alongasse, de modo que eu pudesse entender o que ele estava querendo me dizer. Na verdade, enquanto ele falava do mercúrio tóxico, eu pensava o quanto para ele o afeto poderia ser tóxico e, por isso, o contato com o outro era ameaçador. Questionava-me: será que a quantidade de mercúrio era tóxica pela possibilidade de transbordamento?

Deixei Lucas falar livremente, e acabou sendo uma sessão de associação livre e comunicação indireta por metáforas. Na verdade, estava buscando entender qual era seu medo: talvez ele temesse ser contaminado assim como contaminar. Será que seu medo de contato corresponderia a um funcionamento esquizo-paranoide que não pôde ser elaborado? Essa ideia também me remete ao pensamento de Balint (op. cit.) sobre os sujeitos filobatas que evitam o contato e buscam viver nos espaços entre os objetos. Minha impressão era de que Lucas acreditava que ele mesmo contaminaria o outro. No entanto, fui entendendo que meu paciente não percebia que também temia o que o outro poderia lhe causar no contato. Sua insistência em se isolar lhe dava a ilusão de que nada o atingiria, mas, no fundo, ele percebia que esse mecanismo era falho, então tentava exaustivamente se isolar para evitar qualquer contaminação, seja dele, seja do ambiente.

Resolvi perguntar sobre o mercúrio e a quantidade que o perturbava – o mercúrio/afeto. Ele me respondeu: “Bem, outra ideia é deixar [o mercúrio] num rio corrente que nunca pare, porque ele desemboca no mar e se o mercúrio não ficar parado, ele pode seguir sem contaminar. É outra opção”.

Aqui, minha hipótese é de que a ideia de continuidade infinita remetia à tentativa de evitar contato e de viver sem atrito, o que corresponderia ao desejo de não viver, ou viver em estado de anestesia e isolamento. Isso me faz pensar que Lucas buscava se anular, deixar de existir, manter-se morto afetivamente. Ao despejar o mercúrio no rio e deixá-lo seguir sem parar, possivelmente, descrevia seu desejo de viver num estado

semimorto, em que apenas existiria, mas não viveria. Sua existência seria contínua, numa ideia de infinito, sem parada e, conseqüentemente, sem qualquer contato; sua defesa passiva era da entrega e da inércia - um estado semelhante à morte, embora não significasse a extinção da vida em si.

A ideia ferencziana (1924) de que o sujeito anseia regredir ao universo original (*Thalassa*) tem relação direta com a falha básica e a descontinuidade do eu; ou seja, o anseio regressivo ao universo original deriva da falha básica. Nesse episódio clínico, simbolicamente, Lucas buscava usar o elemento água (rio) para descrever seu desejo inconsciente de retorno ao estado original: estado anterior ao nascimento, em que ele e o outro eram um só; estado de não-diferenciação, em que os objetos não eram cindidos, não falhavam, não poderiam ameaçá-lo ou frustrá-lo. Seria, como dito anteriormente, um estado de hibernação.

Durante essa sessão, ao chegarmos a esse ponto, Lucas começou a falar de seu sonho - o de ser eremita. Dizia que seria muito bom, porque assim não teria de lidar com as pessoas nem com as situações. Falou bastante de como seria bom viver isolado sem ter contato com as pessoas. Entendi nesse momento que ele estava se tornando capaz de sonhar comigo a sua experiência emocional.

Achei curioso e comentei que ele parecia gostar de trocas, pois conversávamos muito. Perguntei se não gostava de conversar, se nenhum contato que tinha era “legal”. Ele disse que até gostava de participar das aulas de altas habilidades, e de ir ao consultório, embora não soubesse bem o porquê. Lucas sempre se comunicava comigo me olhando nos olhos, nunca desviava o olhar. Isso me chamava muito a atenção, pois, além de não corresponder aos sintomas do diagnóstico de autismo, ajudava-me a compreender seu funcionamento pela relação transferencial e contratransferencial. Seu olhar me transmitia a ideia de que ele precisava que o reconhecesse o tempo todo - parecia estar me solicitando uma afirmação da sua existência constantemente. Assim, ao olhá-lo de volta e conversar com ele, o reassegurava não só de sua existência, mas também de que ele era visto e considerado por alguém; ali, comigo, em nosso espaço, ele tinha valor. Penso que, através do meu olhar e das nossas trocas, Lucas poderia começar a se sentir, a se olhar/ver e a se escutar. Talvez fosse essa novidade que o inquietasse e a respeito da qual ele afirmava não saber se gostava ou não...

Na sessão seguinte, Lucas chegou dizendo que tinha “toda a explicação dos problemas do mundo todo”. Rimos alto, pois ele estava falando sério, mas, ao mesmo tempo, com um tom de piada. Novamente, falou do desejo de ser eremita, de como era

“chato” não poder fazer só o que ele gostava e que seus pais estavam reclamando de seu desempenho nas aulas de português. Então, me pediu um papel e começou a desenhar alguns círculos sobrepostos, precisamente três, o que me remeteu a uma imagem já vista por mim em aulas de psicanálise, desde a graduação. Trata-se de um esquema que explica a relação entre Id, Ego e Superego³. Apontando para os círculos, começou então a explicar que o problema todo era entre o que ele era e o que queria, o que ele sabia (matérias de exatas) e o que os outros queriam dele, parecendo tentar mapear seu próprio funcionamento mental, criando o seu próprio modelo de um aparelho psíquico. Acentuou que o difícil era viver na parte que incluía os três círculos, onde eles se sobrepunham. Disse a ele que sua ideia fazia muito sentido (pensei neste momento no esquema Id, Ego e Superego, mas não comentei sobre isso). “Será que é porque essa parte é uma região de conflito com as outras?”, me questionou. Nesse momento, entendi que Lucas se sentia isolado no mundo e me senti convocada a lhe dizer que suas angústias não eram exclusividade dele, respondendo que não era apenas ele que achava isso, que eu e certamente muitas outras pessoas também tínhamos essa mesma dificuldade, inerente a estar vivo.

O esquema desenhado por Lucas me fez pensar que, talvez, ele estivesse tentando me comunicar sobre a ausência de um ego verdadeiramente constituído para lidar com o Id e o Superego. Encontramos na teoria de Ferenczi (1933) uma afirmação sobre esse tipo de paciente (traumatizado):

Chega-se assim a uma forma de personalidade feita unicamente de id e superego, e que, por conseguinte, é incapaz de afirmar-se em caso de desprazer; do mesmo modo que uma criança, que não chegou ainda ao seu pleno desenvolvimento, é incapaz de suportar a solidão, se lhe falta a proteção materna e considerável ternura (FERENCZI, 1933, p. 118).

Estaria Lucas me informando que ele não possuía ego para dialogar entre id e superego? Poderíamos supor, então, que sua superdotação (Asperger) existia apenas como uma organização falso *self* extrema, que ocupava o lugar de seu ego? É um questionamento que levanto apenas agora, posteriormente, mas que na época dos atendimentos não me ocorreu. Sem um eu, ou seja, sem agência de mediação e integração, era-lhe extremamente difícil dosar e se relacionar com as demandas externas. Como dito por sua mãe: o que não lhe interessava, não era considerado por

³ Desenho no anexo 1 – feito por mim para ilustrar o desenho que foi feito comigo na sessão. Legendas minhas.

ele. De certa forma, era como os próprios pais viviam: impossibilitados de se importarem com Lucas, de reconhecê-lo, não o consideravam.

Neste momento da análise, ficou evidente que havia iniciado um novo processo em Lucas: a emergência de angústias e raivas até então congeladas e agora reaquecidas. Isso se tornou mais evidente nas sessões seguintes, e pude notar, pela primeira vez, uma queixa real em seu discurso. Tratava-se de um incômodo genuíno e não mais uma reclamação em tom arrogante e maníaco, descrevendo os outros com ironia e desprezo. Sua insatisfação em relação ao mundo, à escola e aos seus pais parecia, pela primeira vez, incomodá-lo de verdade: uma pequena menção à angústia apareceu a partir dessa sessão.

Neste dia, Lucas pediu, pela primeira vez, uma xícara de chá (sempre que eu tomava lhe oferecia, mas ele recusava). Tomamos juntos, e ele perguntou se o chá dava sono, porque estava ficando sonolento. Penso que ele pode ter se sentido à vontade para tomar o chá por ter vivido a experiência de ser, de certa forma, maternado na nossa relação. Assim, ele se permitiu entrar num estado de adormecimento (sonolência) sem medo, com a garantia de que seria cuidado. Deixou de lado sua defesa rígida de vigília constante, suas tentativas incessantes de controle e de estar pronto para se salvar e sobreviver sem a ajuda de ninguém. De fato, adormecer significa um relaxamento e uma entrega ao não-controle. Pensei nesses aspectos, mas preferi evitar interpretações, pois supus ser mais importante que pudesse vivê-lo unicamente no campo da experiência, para digerir sem pensar, tendo em vista que ele racionalizava tudo e se defendia por essa via também. Respondi que não sabia do efeito do chá, que escolhi pelo sabor. Ele sorriu e se despediu, pois já estávamos no final da sessão.

Penso que essa foi a nossa sessão mais importante - Lucas se permitiu ser cuidado. Retomando a teoria de Winnicott, podemos pensar nos conceitos de *holding*, mãe suficientemente boa, ambiente facilitador e a apresentação do mundo em pequenas doses. Tudo isso foi vivido e possibilitado nessa sessão, em que Lucas pôde se permitir estabelecer minimamente um vínculo de confiança, mesmo que precário e incipiente. Talvez tenha ocorrido, neste momento, uma possível regressão terapêutica, em contraposição ao retraimento e ao congelamento de Lucas. Penso então que, se pudséssemos ter levado adiante os atendimentos, haveria uma transformação terapêutica do retraimento e possibilidade de “reaquecimento”, como proposto por Balint (1968).

Ferenczi (1928a) postula que é necessário proporcionar ao paciente as respostas empáticas de que ele foi privado na infância e cuja ausência determinou o seu

adocimento narcísico. Acredito que esse caminho foi trilhado com Lucas; algo nessa direção foi conquistado, mas não pôde prosseguir. Para que obtivesse êxito, seriam necessários tempo e sustentação contínua, como bem postulou Winnicott (1960,1967b).

Na sessão seguinte à do chá, Lucas me pareceu ansioso e retomou alguns assuntos que já havíamos abordado anteriormente, como seu desejo de solidão, reclamações de seus pais. Disse, ainda, que não sabia se gostava de nossas sessões. Comentei que essa dúvida era “normal”, que não era todo dia que gostávamos de estar na análise, na escola, etc. Afirmar que eu mesma não gostava de tudo da mesma forma, sempre. Lucas falou que talvez não voltasse mais. Perguntei por que, e ele me respondeu: “Antes eu sabia quem eu era e agora às vezes não sei mais. Antes eu sabia tudo o que queria e o que tinha que fazer e agora já não é igual, não sei explicar”.

Acredito que uma mudança transferencial importante aconteceu na sessão do chá, o que foi possível pela construção anterior da intimidade comigo, poucas vezes experimentada. Ele se entregou mais à nossa ligação e isso pode tê-lo desorganizado. Esse incômodo e essa afirmação de que era melhor quando ele sabia quem era foram entendidas por mim da seguinte forma: ele tinha certeza de querer a solidão, e começar a precisar de alguém ou gostar da companhia de alguém lhe parecia ameaçador. Havia vivido e se defendido afastando tudo e todos e, agora, perceber-se na proximidade, dependência ou desenvolvendo afetos por alguém o ameaçava demais.

Neste momento, reparei o quanto seu discurso havia mudado, sua postura, forma de sentar, tom de voz e movimentação. Lucas parecia cada vez mais com um desconhecido, para ele mesmo e para mim. Ele transmitia novamente uma sensação de estar apavorado, pois estava em mutação e seu estranhamento era sobre estar com alguém que não se conhece. Primeiramente, ele era o Lucas com *Asperger*, o que sua mãe descrevia repetidamente em seu discurso. Era um menino que vinha com um panfleto anexado - o manual do autista. Agora, mais e mais, ele parecia um adolescente de 14 anos, com suas inquietações, reclamações e, de pouco em pouco, alguns desejos próprios. Comentei que não se reconhecer não significava necessariamente algo ruim, que muitas vezes nos descobrimos assim, nos estranhando. Ele fez uma “cara” de desaprovação e disse que apenas não sabia se gostava de ir ao consultório. Percebi sua resistência e entendi que precisava respeitar seu tempo e sua capacidade precária para lidar com todo o material suscitado. Aceitei e disse “tudo bem”, que sempre seria ele a escolher estar ou não ali, comigo.

Poucas semanas depois, consegui finalmente me encontrar com os pais de Lucas. Eles faltavam muito às sessões marcadas por mim, desmarcavam e remarjavam constantemente, indicando não ter desejo de participar do processo; ficou evidente que apenas buscaram atendimento para o filho porque a escola solicitara. Na última sessão, ambos afirmaram que o filho estava um tanto mudado, percebiam algumas melhoras, mas ainda reclamavam de sua postura na escola e buscavam uma fórmula mais prática para aplicar: queriam que ele se adaptasse ao mundo e sentiam que a análise não buscava isso. Helena precisava de um filho “adaptado” e eu estava fazendo exatamente o oposto: estava instigando Lucas a se conhecer, oferecendo o mundo em pequenas doses, proporcionando outro olhar para além do autismo. Os pais acreditavam que ele precisava de treino para entender que o mundo não se adaptaria a ele e que o contrário era necessário. O pai afirmava isso repetidamente.

Rubens e Helena explicaram que, apesar das melhoras, eles queriam que Lucas usasse o convênio para seus atendimentos. Afirmar que não possuía convênio e que já estava lhes oferecendo um valor acessível. Os pais agradeceram e disseram que já pagavam pelo convênio e que preferiam usá-lo. Informe sobre minhas observações, quais necessidades Lucas me apresentava e pontuei o quão importante era o vínculo que ele havia finalmente conseguido estabelecer comigo. Eles concordaram, mas não mudaram de ideia.

Apontei a importância de perguntarem a ele o que preferia; se queria continuar os atendimentos ou trocar de terapeuta. Disseram que o filho pedira para continuar comigo, mas que já haviam explicado que, mesmo assim, teria de mudar para outra terapeuta do convênio; Lucas se negou e optou por não mais fazer terapia. Mesmo assim, os pais insistiram que lhes desse uma indicação de um profissional do convênio. Informe que conhecia apenas a equipe da clínica onde atendi Lucas inicialmente e que poderia consultar alguém de lá que pudesse dar continuidade ao trabalho. Eles agradeceram, mas Lucas não aceitou a ideia.

Após muita insistência com os pais e várias remarcações pelas faltas, consegui marcar a sessão de encerramento com Lucas. Os pais realmente passaram a dificultar a ida do filho ao consultório... Foi um momento muito difícil. Lucas parecia ter regredido, me lembrando muito mais o garoto do primeiro encontro - tom robótico, mais fechado e rígido na forma de se movimentar. Disse que não queria outra analista e que os pais sempre escolhiam tudo sem consultá-lo, já estava acostumado com isso... No entanto, o fez num tom raivoso. Afirmou que não faria mais terapia e que eles o mudariam de

colégio também, para outro mais perto de sua casa. Parecia muito irritado, triste e revoltado com ambas as mudanças e com o fato de os pais retirarem dele a possibilidade de realizar algo de sua escolha, que envolvesse um desejo seu.

Expliquei que gostaria muito de continuar atendendo-o e que poderia até fazê-lo sem cobrar, se os pais topassem. Lucas disse que não queriam gastar nem com a passagem dele, por isso procurariam um profissional do convênio perto da casa deles, para que ele fosse a pé. Percebi muita angústia em Lucas e eu mesma fiquei muito angustiada com a situação. Contratransferencialmente, senti que os pais fizeram comigo o que faziam com ele: impunham o que era mais cômodo para eles, alegando estarem oferecendo, dessa forma, um cuidado ao filho. A desconsideração absoluta pelo processo, pelo vínculo e, principalmente, pelo desejo de Lucas, ficou evidente nesse dia.

Pensando nas propostas de Ferenczi, Winnicott e Balint, penso que o caminho para que Lucas fosse atendido e acolhido começava a ser pavimentado. Chegamos a dar os primeiros passos em direção ao que foi proposto pelos autores mencionados: a remobilização, reabertura e revitalização, na relação transferencial, do que estava morto. A minha tristeza ao fim foi perceber que isso só seria possível com o apoio dos familiares; não bastava a dupla terapêutica estar de acordo e engajada. Os pais atravessaram o atendimento e impossibilitaram a continuação do processo. Acredito que seria possível, sem a interrupção, o renascimento da vida psíquica de Lucas através da escuta e de respostas empáticas, ou seja, o que já havia sido inaugurado buscando atender suas necessidades de espelhamento e idealização.

Afirmar ao meu paciente que, de qualquer forma, sempre estaria disponível, caso ele quisesse me encontrar. Lembrei que ele tinha meu telefone e que não precisaríamos romper nosso contato. Ele disse que não sabia se me veria novamente. Respondi que gostaria muito de ter notícias dele. Lucas se despediu e foi embora parecendo estar triste e cansado. Nunca mais nos vimos. Todas as minhas tentativas posteriores de contato com os pais não tiveram resposta ou retorno.

1.3 Caso Maíra: em busca de sustentação para uma queda iminente

Maíra chegou para atendimento encaminhada pela terapeuta que atendia sua família na época. Estava com 17 anos de idade e já havia realizado análises anteriormente, inclusive com uma colega psicanalista, logo antes do encaminhamento.

Porém, Máira nunca conseguiu sustentar esses processos por períodos muito longos, sempre os abandonando precocemente. Por algum tempo, a atendi duas vezes por semana, mas a frequência habitual era de apenas uma sessão semanal.

Primeira sessão com os pais (anamnese)

No primeiro encontro com a mãe, Vivian, e com o padrasto, Miguel, ambos se queixaram do comportamento agressivo da filha, da dificuldade em manter relações sociais, controlar impulsos e sua raiva. Porém, notei que a mãe parecia tolerar e buscar justificativas para essas atitudes e dificuldades de Máira, ao passo que o padrasto evidenciava sua grande insatisfação, não acreditando que houvesse razão para esses comportamentos. Disseram que ela estava muito frustrada com o fato de ter sido reprovada na escola e, conseqüentemente, teria de iniciar seus estudos em uma nova turma, sem seus colegas e com pessoas mais novas.

A mãe revelou que, neste momento, viviam uma crise familiar. O marido, segundo ela, era muito difícil e agressivo, o que tornou o clima entre eles “bastante pesado” - ele agredia e gritava muito com Máira, que revidava: “eles se matam em casa”, advertiu, ressaltando que a convivência familiar era marcada por brigas e muita violência. Chegaram, inclusive, a cogitar o divórcio, mas, antes, decidiram buscar terapia familiar. Após alguns meses, consideraram ser necessário também o acompanhamento individual de Máira, e foi por isso que me procuraram.

Perguntei então sobre o início de vida da filha. Vivian contou que as dificuldades começaram já na gestação, experimentada de forma negativa; a gravidez não fora planejada, ela estava sozinha no interior de São Paulo, cursando mestrado, sem familiares ou pessoas próximas. O pai biológico não assumiu a filha e abandonou Vivian ainda grávida, deixando-a desamparada. A mãe ressaltou que foi um período difícil, afirmando acreditar que as “descargas de adrenalina”, disparadas pela ansiedade na época, poderiam ter afetado Máira “ainda na barriga”.

O primeiro ano de vida de Máira também foi marcado pela solidão e desamparo vividos por Vivian, o que, possivelmente, dificultou a relação mãe-bebê. Após o primeiro ano, Vivian conheceu o atual marido. Eles ficaram juntos desde então, e Miguel assumiu Máira como sua filha, dedicando-se a ela como um pai. Então, aos cinco anos de idade, Máira ganhou uma irmã, filha do casal.

Até os quatorze anos de idade, Maíra teve pouco contato com seu pai biológico. Apenas recebia ligação no aniversário e, muitas vezes, nem mesmo nessa ocasião. Até que decidiu passar férias com ele e sua família. Inicialmente, adorou estar com eles e solicitou, após duas semanas, que pudesse passar o mês todo por lá (Natal e férias de verão). Vivian aceitou, mas avisou que viajaria com sua irmã e seu padrasto e que Maíra teria de esperar o retorno deles para voltar. Maíra aceitou, pois estava muito contente e satisfeita na casa da “nova” família. Porém, após o Natal, ligou muito abalada e triste para a mãe pedindo para ir embora. Como esse arranjo seria impossível, dada a situação que a mãe já havia lhe explicado, Maíra precisou passar o mês todo com a família do pai biológico. Ao retornar, estava abatida, descuidada, muito magra e bastante fechada. Ela nunca contou se algo grave acontecera, apenas, após muito tempo, conseguiu relatar que o pai era uma pessoa muito ruim e que suas tias, irmãs dele, lhe disseram “coisas horríveis”- que seu pai nunca a quis e ainda não a queria como filha e que ela deveria agradecer de estar tendo contato com ele porque poderia nunca mais vê-lo; e, ainda, que sua mãe também não a quis, apenas se sentia obrigada a ficar com ela.

Assim que soube disso, Vivian ligou para o pai biológico de Maíra, pedindo esclarecimentos sobre a história. Mas ele negou tudo e disse que a menina era “mimada” e havia se decepcionado após algum tempo, quando viu que ele não era rico e que a filha não teria tudo o que quisesse. Diante dessa situação, Maíra pediu à mãe para nunca mais encontrar ou falar com seu pai. Vivian concordou de imediato.

As relações de Maíra fora de casa eram bastante conturbadas também - brigava com colegas da escola e não conseguia manter as amizades por muito tempo.

Os encontros com Maíra

Em nossos primeiros encontros, Maíra não quis falar comigo. Isso durou por volta de um mês - ela permanecia o tempo todo com o fone de ouvido ligado ao celular, ouvindo músicas e mexendo em aplicativos e mensagens. Eu sorria e, mesmo que ela não estivesse me ouvindo, dizia que poderíamos conversar, se quisesse, e que poderia explorar os armários para conhecer os jogos que estavam à sua disposição. Maíra dificilmente me respondia... só algumas vezes pausou a música e falou “tudo bem”, logo voltando a colocar os fones nos ouvidos. Então, após constatar que ela não se sentia confortável em estar comigo, e muito menos em se comunicar, disse-lhe que estava disponível para estar com ela da forma que preferisse.

Na verdade, esse comportamento de Maíra não era novo nem exclusivo da relação comigo. Também os pais reclamavam que ela passava o tempo todo, durante as refeições, mexendo no celular, o que gerava inúmeros conflitos e brigas, principalmente com o padrasto, que acabava por castigá-la. Resolvi não intervir, pois entendi que, neste momento, Maíra precisava testar minha tolerância e me deixar esperando por ela.

Até que, após esse momento inicial, minha paciente começou a se aproximar – sentava-se ao meu lado na mesa de estudos e retirava apenas um dos fones do ouvido. Entendi que buscava estabelecer algum contato, mas com muito medo e muitas restrições. Em uma sessão, sugeri que jogássemos e perguntei se gostaria de escolher um jogo; ela se levantou, foi até o armário e escolheu Uno, e nele ficamos por um bom período. Em alguns momentos, Maíra recolocava ambos os fones nos ouvidos, me ignorando e apenas jogando as cartas; em outros, retirava apenas um fone e trocávamos algumas poucas palavras, mas não me olhava nem conversava sobre outros assuntos que não fossem as manobras do jogo. Com o tempo, passou a deixar o celular ao seu lado, carregando, enquanto continuávamos no Uno. A essa altura, já se comunicava um pouco mais, mas ainda evitava me olhar.

Certa vez, para minha surpresa, escolheu outro jogo, o Jenga⁴ - nele, os jogadores se revezam para remover blocos de uma torre, recolocando-os, de modo que ela continue equilibrada, e assim criando uma estrutura cada vez maior e mais instável. Iniciamos respeitando as regras, mas, com o passar do tempo, quando se aproximava o final da sessão, Maíra resolveu mudá-las, o que me pareceu bastante simbólico: eu teria de apoiar e segurar a torre, fazendo de tudo para que não caísse, enquanto minha paciente ia colocando as peças, aleatoriamente. Percebi que ele ficou muito agitada e animada com essa brincadeira, mas, aos poucos, passou a retirar várias peças de uma vez e jogá-las sobre a torre, tornando quase impossível que não desmoronasse. Avisei que, daquela forma, estava muito difícil impedir sua queda, mesmo usando meu corpo todo para ampará-la, de todos os lados. Maíra ria, num misto de nervoso e alegria, afirmando “você vai conseguir sim, você *tem que dar conta, você vai conseguir sim*”.

Entendi nessa hora que a torre era a própria paciente e todos seus pedaços desordenados - ela estava me entregando seu caos interno para cuidar e me pedindo, mesmo que de forma agressiva, para não desistir e para sustentar, a qualquer custo, sua integridade. Foi uma sessão muito importante, em que pude compreender a real

⁴ Forma imperativa de "kujenga", verbo suaíli que significa "construir".

demanda de Maíra: a de constituição psíquica, de apoio e contorno para uma psique muito frágil e que, ao menor descuido, poderia ruir e desmoronar.

Após essa importante sessão, os atendimentos mudaram completamente, oscilando entre aproximações e afastamentos por parte de minha paciente. Ela conversava comigo, solicitava o que queria, mas instalou-se um movimento crescente de agressividade, seja no manuseio dos materiais ou nas palavras que me dirigia. Nossos encontros passaram a ser muito turbulentos, intercalados por momentos mais calmos. Em algumas sessões, inclusive, diante de seu sofrimento psíquico intenso, ela pediu que a mãe entrasse na sala. Sofria de terrores noturnos e de crises de ansiedade, não conseguindo se comunicar e temendo me encontrar.

Em uma sessão, que ocorreu logo após uma briga com Vivian, Maíra trouxe uma chapinha para cabelo. Escolheu o jogo Uno e o levou até a mesa para jogarmos, mas logo me disse que precisava de ajuda para alisar seus cabelos, pois teria uma festa naquele dia. Comentou que sua ex-terapeuta sempre a ajudava com isso. Minha impressão era de que queria se aproximar, trocar alguma experiência, mas não sabia como, e então sempre escolhia um terceiro elemento que fizesse a ponte entre nós - jogo, telefone, música, chapinha...

Ao final da sessão, pediu que eu conversasse com Vivian, pois gostaria de ir à festa, mas, por conta de sua agressividade em casa, estava de castigo. Esclareci que compreendia a necessidade de buscar em mim uma aliada, mas ressalttei que esse assunto deveria ser resolvido entre ela e sua mãe. Mesmo assim, Maíra pediu que Vivian entrasse na sala, para conversarmos. Iniciei pontuando que o castigo me parecia fruto de um conflito que de fato existiu e que ela havia sido agressiva com a mãe. Maíra concordou, cabisbaixa, afirmando entender os motivos da punição, mas insistiu que gostaria muito de ir à festa. Notei que estava contrariada com meu posicionamento, já que esperava que eu a defendesse. A mãe se manteve firme, mantendo a proibição; disse que ela poderia ir nas próximas festa, mas que nessa não iria porque havia se comportado muito mal e não seria justo. Após essa sessão, Maíra retornou aos atendimentos fechada e agressiva.

Resolvi então ligar para Vivian de modo a esclarecer a situação - pontuei que o espaço das sessões era de Maíra e que, se a mãe precisasse falar comigo, poderíamos solicitar sua participação. Expliquei que eu precisava estabelecer uma relação com Maíra para que ela lidasse com seus conflitos e medos diretamente na análise e não me usando de escudo para enfrentar situações conflituosas que aconteciam em casa. A mãe

concordou e esclareceu que apenas havia entrado na sala naquele dia a pedido da filha. Afirmar que compreendia seu desejo de ajudá-la e de participar do processo, mas que eu acreditava que Maíra precisava desenvolver certa autonomia e propus que a ajudássemos a conquistar isso. Também conversei com Maíra sobre isso – ela me ignorava enquanto eu falava, mas percebi que, depois desse esclarecimento, passou a confiar mais em mim e a me agredir menos.

Percebia que minha paciente e sua mãe mantinham uma relação simbiótica e, por isso, insisti que nosso espaço de trabalho fosse preservado. De fato, Vivian tinha muita dificuldade de ser firme e colocar limites à filha. Certa vez, em uma sessão apenas com a mãe, ela chorou muito e falou do ódio que sentia de Maíra, do desgaste gerado com os ataques que sofria e com os conflitos constantes. Ficou claro que ela “confessava” seus sentimentos negativos com muita culpa, o que provavelmente atrapalhava sua conduta com a filha. Penso que Vivian se tornara permissiva justamente para compensar o ódio que sentira durante a gravidez e no início da relação mãe-bebê, bem como o que sentia agora.

Após quase três meses de atendimentos, chegou o período das festas de final de ano e, em seguida, de férias. Maíra saiu sem se despedir de mim, e entendi que o fazia porque sofria com a separação, preferindo abandonar a ser “abandonada”. Quando retomamos o trabalho no ano seguinte, ela me pareceu bem abatida, segundo a mãe, isso se devia ao fato de ter repetido de ano. Aparentava uma desorganização maior, chegava nas sessões suja e desarrumada – pele, cabelo e roupas. Voltou a ficar muito tempo no celular e a me ignorar, e passamos a maior parte do tempo no Uno. Entendi esse movimento como de retraimento e regressão; porém, não se tratava de uma regressão à dependência dentro da transferência, com fins terapêuticos – me parecia que Maíra havia adentrado numa regressão depressiva. Ela havia se desorganizado diante de sua dificuldade escolar e passou não só a se isolar dentro de si como também a me isolar nas sessões.

Após algumas sessões nesse movimento retraído, certa vez, Maíra voltou a sugerir o Jenga, mas após alguns minutos desistiu e pediu “Cara a Cara” – ficou agressiva e começou a arrancar peças do jogo. Não aceitava qualquer interpretação ou comentário sobre o que ela fazia; enfurecia-se e cortava minha fala. Nessa sessão, pela primeira vez, a obriguei a arrumar tudo sozinha. Cada vez mais, ela adiava a saída da sala, usava o banheiro, demorava para arrumar os jogos...

Nas sessões seguintes, estava menos agressiva, mas me pareceu ainda mais fechada. Nessa época, ocorreu uma mudança importante: Maíra passou a vir duas vezes por semana – nesse período, oscilava entre ficar comigo a sessão toda e se fechar ficando no celular. Os conflitos se intensificaram; tanto com seus pais como internamente. Muitos medos afloraram, e Maíra passou a não dormir. Recusava-se a ir a um psiquiatra, e a mãe também acreditava que a filha não precisasse desse tipo de intervenção. Percebia que minha paciente não conseguia ter nenhuma independência, e por isso passamos a tratar desse tema nas sessões, da importância de assumir responsabilidades e adquirir autonomia. Conversei sobre isso com os pais, que concordaram, mas tinham dificuldade em executar os combinados no dia-a-dia. E Maíra já estava com 18 anos...

Nesta época, ela passou a ter uma caixa lúdica - pois percebi demanda de algo que fosse só dela - e também a produzir cestos e material “continente”. A ideia inicial foi proposta pela própria paciente: ela gostaria de fazer essas “tigelas” para levar à escola, presenteando um professor de quem gostava muito; pretendia usá-la para colocar doces na festa de aniversário dele. Nas sessões em que produziu as tigelas, Maíra me convidou a participar e fizemos o trabalho juntas (papel machê). Ao pintá-las, ela fazia transbordar a tinta (sempre preta), sujava tudo, “estragava” o *setting*, mas se recusava a reconhecer os danos e a repará-los. Aos poucos, começou a aceitar meus apontamentos sobre seu comportamento, a demonstrar algum sentimento de culpa, mesmo que rapidamente a negasse, e a reparar – por exemplo, durante uma sessão inteira, colou as caixas dos jogos que havia rasgado em momentos de raiva; depois, pediu que eu comprasse cola de madeira para consertar um brinquedo que quebrara anteriormente.

Maíra passou a apresentar mudanças de interesses - começou a andar de bicicleta com o terapeuta familiar e nesse processo estabeleceu bom vínculo com ele. A mãe tentava, mas não conseguia lhe dar autonomia e ajudá-la a superar medos – dizia que Maíra passaria a ir a certos lugares sozinha, mas acabava sempre a levando de carro. De modo a ajudá-los nisso, propus aos pais que a deixassem realizar atividades simples, como ir à padaria ou encontrar a mãe no shopping, que ficava a poucos metros do consultório. Inclusive, ofereci acompanhá-la até certo ponto do caminho, para que iniciasse esse processo de autonomia - ia então lhe dando dicas de onde ir quando precisasse tirar dinheiro, comprar sorvete, etc., servindo de apoio e segurança em situações que lhe causavam certo medo. Aos poucos, Maíra passou a ter mais confiança, embora, muitas vezes, oscilasse e regredisse a estados dependentes e confusos - se

desorganizava facilmente na rua, mesmo que eu permanecesse a poucos metros de distância, parecendo necessitar estar “colada” a mim; então, eu a acompanhava por telefone, pedindo para ela avisar quando chegasse.

Nas sessões, notei evoluções - Maíra conseguia minimamente suportar pequenas perdas (passamos a jogar também o Jogo Da Vida) e me agredia menos, mesmo que em alguns momentos voltasse a me atacar verbalmente. Ela percebeu o quanto era trabalhoso arrumar tudo sozinha e, às vezes, me ajudava a limpar e guardar os objetos, demonstrando interesse em “reparar seus danos”. Outro ponto importante: passamos a dar continuidade na partida de um jogo de uma sessão para outra, ou seja, com menos quebras e descontinuidades. Um dado curioso se apresentou nessa época: houve uma sessão em que Maíra tomou chá comigo pela primeira vez - parecia estar à vontade, nossa proximidade não gerou sentimento de ameaça e ela não me agrediu na sequência...

Mas isso durou apenas algumas semanas... As crises voltaram e Maíra não conseguia mais compartilhar seus medos nas sessões. Certa vez, Vivian compareceu junto com a filha, falando por ela, enquanto minha paciente permanecia cabisbaixa, e mal me olhava. Percebi o quanto temia nosso vínculo. A mãe relatou que, durante as crises, Maíra tinha medo da morte, de enlouquecer, de o elevador despencar, de cair para sempre e morrer, de que não existisse nada além da morte; e ainda, de que se ela me contasse algo sobre esses medos, alguma coisa muito ruim aconteceria; se ela falasse algo, o mundo acabaria.

Ouvi com atenção e disse a minha paciente o quanto ela estava sendo muito corajosa, pois, mesmo não tendo me contado de seus medos diretamente, havia conseguido trazer a mãe como porta-voz. Expliquei que isso já era muito e que, com isso, me ajudava a ajudá-la. Ela aparentou ter se aliviado com minha fala, mas não comentou nada. Ao final, afirmei que não precisava ter medo, pois não havia nada que a gente estragasse que não pudesse consertar, e que eu estava com ela sempre, e poderia contar comigo para atravessar esses momentos difíceis. Maíra concordou e se acalmou. Combinamos que, se ela tivesse medo do elevador, poderia acompanhá-la até a saída, e assim fizemos por um período. Após algum tempo, decidimos que, se eu tivesse outro paciente na sequência, ela desceria pelas escadas. Algumas vezes, Maíra não se importava muito e se despedia como se não precisasse de mim, em outras, pedia para que eu a acompanhasse no elevador.

Após algumas semanas, Maíra estava mais próxima de mim e mais organizada; então, para minha surpresa, sem conseguir explicar muito bem o porquê, me avisou que queria interromper os atendimentos. Na verdade, a mãe a obrigou a falar comigo, pois, inicialmente, Maíra queria que Vivian intermediasse esse momento. Fiquei sabendo por sua mãe que ela queria fazer análise com o terapeuta que participava do atendimento familiar deles, juntamente com a terapeuta que havia me encaminhado Maíra. Maíra acreditava que seus problemas de inibição e medo de falar comigo seriam resolvidos diante de uma figura masculina. Conversei a respeito com minha paciente, dizendo que gostaria que continuássemos, mas que a escolha era dela. Maíra concordou que nosso trabalho havia sido bom, mas acreditava mesmo que precisava tentar com esse outro analista. Afirmei que ela poderia ir e voltar, caso quisesse, que não precisávamos romper nosso vínculo.

Continuei recebendo notícias de Maíra através da terapeuta familiar e por sua mãe. Soube que, inicialmente, ela adorou o terapeuta, mas rapidamente se enfureceu com ele, por conta da postura mais firme que adotou no trabalho, não permitindo que Maíra ultrapassasse os limites por ele estabelecidos. Ela o agrediu, xingou, brigou e saiu com ódio dessa terapia, o que me levou a supor que repetiria relação com o pai biológico e também com o padrasto. Vivian me avisou então que Maíra queria voltar para análise comigo, mas estava com medo e vergonha de me procurar. Insisti com a mãe que seria importante que ela o fizesse, afinal, se quis romper, deveria agora tomar a iniciativa de retomar, sem usar sua mãe para isso.

Pouco tempo depois, Maíra me telefonou e disse, acanhada, que poderia voltar, se *eu* quisesse... Como sempre, jogava para o outro a responsabilidade e não falava de si e de seus desejos. Afirmei que estava muito contente com seu retorno e, frisei, *com a vontade dela* de voltarmos a nos encontrar. Ela riu e não respondeu, mas aceitou minha colocação.

Na primeira sessão do retorno, Maíra chegou tímida, com medo, me parecendo curiosa sobre o estado da sala e de seus materiais. Sua feição mudou ao ver que tudo permanecia igual e que sua caixa e suas produções estavam todas ali, guardadas esperando por ela. Abriu a caixa, olhou os potes pintados e sorriu, constatando que, além de não ter sido retaliada por sua partida, seus objetos haviam sido preservados; ou seja, *houve continuidade*. No entanto, esse estado não durou muito - logo suas defesas foram acionadas, e Maíra mudou o tom, tornando-se muito brava e agressiva, perguntando onde estavam este e aquele elemento de sua caixa (pincel, prato, etc.). Um

pouco confusa, respondi que estavam todos na sua caixa, que a mantive guardada no armário, sem abrir, desde sua partida, mas ela a vasculhava, irritada, acusando a falta de objetos. Continuei garantindo que nada havia sido tocado, mas sem sucesso. Percebi que Maíra estava irritada, mas que não sabia como nomear o que sentia...

De fato, algo estava faltando, e não era na caixa, era nela e na nossa relação: *confiança*. Ficou claro que Maíra estava impossibilitada de regredir para a dependência. Minha hipótese era de que isso ocorria por não ter podido contar com os objetos primários; então, na transferência, me agredia e me afastava, não se permitindo confiar em mim, que era, na verdade, o que ela mais desejava e temia...

Mais uma vez, disse-lhe que ela podia confiar em mim, que nunca me desfaria das coisas dela e nem deixaria outro paciente pegar algo. Afirmei o quanto estava feliz com seu retorno e que poderíamos fazer o que ela quisesse naquele momento. Maíra então escolheu os jogos, e assim, por algumas sessões, jogamos Uno, Varetas, *Jenga*, etc.

A essa altura, porém, já estávamos em dezembro, próximo do período de férias.

O retorno de Maíra após as férias foi marcado por um novo elemento: a necessidade de dividirmos comida, especialmente doces. Durante as sessões, ela passou a consumir os cubos de açúcar que ficavam na copa do consultório, chegando a comer um pote inteiro, o que a deixou muito agitada e eufórica. Expressei minha preocupação, e disse que não poderia permitir que exagerasse, pois poderia passar mal. Mas ela me ignorou, e então precisei retirar o açúcar de suas vistas. Maíra percebeu minha intervenção e reclamou, irritada, mas não se enfureceu. A partir daí, passou a me contar dos doces que sabia fazer e do quanto adorava açúcar no geral.

Fui percebendo que, para Maíra, doce equivalia a afeto, o que, para ela, parecia existir somente pela via oral. De modo a evitar que consumisse açúcar puro, resolvi então lhe providenciar balinhas, pirulitos, etc. Maíra ficava muito feliz e chegava sempre procurando por essas guloseimas. Após algumas semanas, passou a me retribuir, trazendo às sessões doces que ela mesma fazia: brigadeiro era seu favorito. Porém, sou intolerante à lactose e, em dado momento, considerei importante lhe contar isso, mas o fiz de forma cuidadosa, afirmando que poderíamos então trocar os ingredientes para continuar esse ritual, pois me parecia um movimento importante em direção à confiança e entrega na relação comigo.

Passei a comer junto com Maíra, e percebi que ela ansiava por este momento – aceitar seus doces significava uma afirmação de que gostava dela e de que a aceitava.

Somando esse movimento com sua necessidade de independência, passamos a planejar juntas mudanças no *setting*: marcamos algumas sessões no café localizado no prédio do consultório, e cogitamos expandir esses momentos para lugares nos arredores. O primeiro encontro no café foi tranquilo; Maíra pediu o café mais doce, com leite, caramelo chocolate, chantilly, e ainda acrescentou muito açúcar. Quando retornamos ao consultório, para que ela buscasse suas coisas, a paciente seguinte já esperava do lado de fora, e percebi que Maíra demorou a sair, pedindo para usar o banheiro. Ao se despedir, fez questão de me abraçar na frente dessa outra paciente, ao contrário do habitual, que era de sair rapidamente quando encontrava outra pessoa.

Ressalto aqui um momento importante: após alguns encontros exclusivamente voltados aos jogos, algumas faltas de Maíra e oscilações entre momentos mais calmos e outros agressivos, houve uma sessão em que ela compareceu bastante desorganizada - estava descabelada e suja. Mal falou comigo e logo pediu o “jogo das varetas”, passando a me agredir com elas, “sem querer”, me furando enquanto as manuseava. Disse-lhe que estava me machucando, ela negou, irritada, e pediu para ver sua caixa. Novamente, reclamou, furiosa, do desaparecimento de suas coisas: cola, balões, pincéis. Reafirmei que ninguém mexera nesses objetos, mas percebi que algo a estava abalando muito, e não fazia ideia do que poderia ser.

Maíra continuou bagunçando a sala, sujava tudo, entupiu a pia, não lavou nada e me ignorou quando pedi que parasse. Precisei chegar ao ponto de dar “uma bronca” e lembrá-la de que não era mais uma criança e que sabia que não poderia fazer aquilo. Ela ria e respondia que não sabia de nada. Aos poucos, mostrou algum desejo de reparação; arrumou um pouco o banheiro e, mais uma vez, “enrolou” para sair. Então, me pediu um abraço e também que eu ligasse para sua mãe, para ver se ela já estava vindo buscá-la.

Resolvi então entrar em contato com Vivian, para saber como andava a situação na escola e em casa, em busca de alguma razão para Maíra agir daquela maneira comigo - não conseguia sequer ouvir minha voz, não havia espaço para perguntas, pontuações ou interpretações. Soube então que os pais estavam em crise, cogitando a separação, o que estava afetando toda a família. Miguel havia proposto uma relação aberta à Vivian, mas ela não aceitou. Comecei a entender a agressividade e desorganização de Maíra, e por que sentia que lhe roubavam as coisas da caixa... minha paciente regrediu a estados infantis, tendo dificuldade de estar na presença do outro, sem atacá-lo. Nas sessões

seguintes, tentei conversar com ela sobre isso, mas não havia espaço algum. Inclusive, estava próximo de seu aniversário – Maíra iria completar 19 anos.

Pouco tempo depois, Maíra compareceu à sessão fechada, monossilábica e pediu para jogarmos. Sentou-se e logo foi me avisando que estava decidida a interromper os atendimentos. Perguntei se gostaria de um tempo para pensar, mas ela recusou e falou que não queria mais fazer terapia “com ninguém, nunca mais”. Apontei que era um momento delicado e que devia estar sendo muito difícil para ela, mas que respeitava sua escolha e que só poderia oferecer o espaço e dizer que estaria lhe esperando, caso retornasse. Insistiu que não retornaria. Então, nos despedimos e nunca mais vi Maíra.

Após algum tempo, Vivian me confirmou que se divorciara e contou que Maíra não estava bem, mas se recusava a retornar ou procurar outro analista.

Pouco mais de um ano depois, voltei a fazer contato com Maíra e Vivian para solicitar o uso do caso no mestrado – elas aceitaram sem problemas. A mãe me contou que Maíra quis retornar aos atendimentos comigo, mas eu já não estava mais na cidade. Lembrei a ela que havia feito uma indicação de analista de minha confiança quando encerramos e que a enviaria novamente. Agradeceram, e Maíra passou a me mandar mensagens - contou que estava cursando uma faculdade e já estagiando. Minha impressão era de usava várias oportunidades para me procurar ocasionalmente: Natal, Réveillon, momentos em que tinha uma “desculpa” para fazer contato. Após algum tempo, parou de escrever. Soube pela colega para quem indiquei o caso que Maíra nunca a procurou.

Penso que a demanda de Maíra era de um espaço acolhedor e continente que a tolerasse e não retaliasse, mesmo diante de seus atos mais destrutivos. Mas a *descontinuidade* acabou sendo marcante no processo analítico, dificultando o estabelecimento da confiança e entrega necessárias para a regressão à dependência na relação comigo. Justamente por temer essa aproximação e a entrega/confiança no outro, Maíra evitava que o movimento se instalasse, atacando o vínculo e repetindo seu trauma: a *descontinuidade* e as rupturas garantiram a atualização e revivência de suas experiências primárias, provavelmente, traumáticas. Penso que ela não pôde confiar plenamente no ambiente a ponto de poder entregar-se a ele para ser cuidada. Isso gerou um estado de alerta e desconfiança, levando-a a adaptar-se ao meio precocemente, mesmo quando ainda era desprovida de mecanismos internos para tanto.

Lembro-me com clareza do quanto era fisicamente exaustivo atender Maíra - ela dava um passo em direção à confiança e, com medo de se vincular, logo se afastava,

fechando-se, angustiando-se e me atacando. Hoje, penso que acabei por falhar no manejo, pois não consegui compreender sua necessidade de me agredir quase o tempo todo. Penso que, com seu movimento destrutivo, minha paciente buscava, sem que ela mesma soubesse, uma resposta sincera sobre minha contratransferência. Máira precisava saber que podia confiar em mim, e sua busca se dava por meio de atuações para que eu sentisse o que vivenciava e, assim, pudesse traduzir em palavras. Talvez minha dificuldade de atendê-la nesse aspecto tenha justamente impedido o movimento de regressão à dependência...

Capítulo 2 – FENÔMENO DA TRANSFERÊNCIA E TRAUMA: CONTRIBUIÇÕES DE FREUD E FERENCZI

Considerando que a ideia de regressão dentro da relação analítica está intimamente associada ao fenômeno da transferência, inicio apresentando brevemente como esses entrelaçamentos se fazem presentes na teoria de Freud e Ferenczi, bem como o papel que desempenham na técnica proposta pelos autores.

Em seguida, abordo o conceito de trauma na teoria de Freud e as alterações que sua concepção sofreu ao longo da sua construção teórica, para então trazer a concepção de trauma em Ferenczi. De fato, a partir da minha experiência clínica, ao me deparar com pacientes traumatizados ou com a questão do trauma na atualidade, percebo que muitos dos quadros que se apresentam hoje na clínica se assemelham aos “casos difíceis” atendidos por Ferenczi, indicando a necessidade de reconsiderar a concepção de trauma inicialmente formulada por Freud.

2.1 Freud: transferência como instrumento central do processo psicanalítico

A ideia de *transferência*⁵ foi referida pela primeira vez por Freud em 1900, no último capítulo de *A Interpretação dos Sonhos*. Inicialmente, porém, foi pensada pelo autor como uma forma de resistência, um obstáculo ao processo analítico, como meio de evitação dos conteúdos infantis reprimidos e tentativa de o paciente encobrir e se defender de lembranças dolorosas (FREUD, 1905).

O que são transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, costumam despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico (FREUD, 1901-05. v. 7, p. 111).

⁵ Partindo do fenômeno da transferência tal como pensado por Freud, Laplanche e Pontalis (1992) o definem da seguinte forma: “Designa em psicanálise o processo pelo qual desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da situação analítica. *Trata-se aqui de uma repetição de modelo infantil vivido com um sentimento de atualidade acentuada*”(LAPLANCHE E PONTALIS, 1992, p.514, grifos meus).

Somente em 1912, Freud publicou a primeira obra exclusivamente dedicada ao tema, intitulada *A dinâmica da transferência*, na qual afirma se tratar de instrumento central de todo tratamento psicanalítico, já que os pacientes repetiam na sua relação com o psicanalista algo muito próximo do que haviam vivido na infância com outras pessoas.

Ao estudar o fenômeno, Freud percebeu que o relacionamento paciente-analista teria uma qualidade ambivalente, podendo tanto dificultar como possibilitar o andamento da análise. Concluiu então que o processo psicanalítico estava intimamente relacionado aos desdobramentos da afetividade que circulava entre analista e analisando. “Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu maior instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos” (FREUD, 1912. v. 12, p.517).

Segundo o autor, a transferência poderia se apresentar, então, como positiva ou negativa. A transferência positiva foi considerada por ele como a maior aliada do tratamento, pois, através dela, o analista poderia reconhecer o investimento do analisando no processo terapêutico. Já a transferência positiva erótica, bem como a transferência negativa foram consideradas formas de resistência ao trabalho analítico, constituindo os maiores obstáculos a ele. Freud (1912) concluiu, no entanto, que as transferências positivas e negativas precisariam coexistir, sendo esta uma condição para o tratamento psicanalítico.

Na mesma ocasião, afirma, ainda, que os pacientes difíceis – na época classificados como sofrendo de neurose narcísica⁶ – não poderiam se beneficiar da psicanálise, justamente por este limite de seu alcance.

A observação mostra que, aqueles que sofrem de neuroses narcísicas não têm capacidade para transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma. Eles rejeitam o médico, não com hostilidade, mas com indiferença. Por esse motivo, tampouco podem ser influenciados pelo médico; o que este lhes diz, deixa-os frios, não os impressiona; consequentemente, o mecanismo de cura que efetuamos com outras pessoas – a revivescência do conflito patogênico e a superação da resistência devida à regressão neles não pode ser executado (FREUD, 1912. v. 12, p.520).

⁶ Neurose narcísica era, na época, a forma de Freud se referir às psicoses.

Embora Freud considerasse que há sempre algum elemento regressivo em toda transferência, acreditava que a regressão remetia a um retrocesso e/ou congelamento em etapas anteriores do desenvolvimento sexual, ou seja, tratava-se, necessariamente de algo negativo, denunciando falhas e dificuldades, devendo então ser ultrapassado/resolvido, visando à cura dos pacientes.

A partir de 1914, Freud reconhece que a prática psicanalítica, originalmente reduzida à interpretação, deveria privilegiar, concomitantemente, os afetos vividos na relação transferencial. A experiência analítica ficaria, dessa forma, menos referida ao campo do mental/inteligível e mais atenta ao campo do sensível.

2.2 Ferenczi: campo transferencial como possibilidade de compartilhamento afetivo

Sándor Ferenczi ficou conhecido após sua morte por seu caráter contestador dentro do cenário psicanalítico de sua época. Ferenczi, sem sair do campo psicanalítico, constituiu uma leitura baseada em Freud e com alguma ênfase diferente da de Freud sobre os fenômenos que ele observava em sua prática clínica.

Uma grande contribuição de Ferenczi à psicanálise foi salientar a importância da capacidade de tato e empatia em todo psicanalista. Suas ideias e propostas relativas à técnica não se limitavam a uma elaboração de um conjunto de regras visando o aperfeiçoamento técnico do trabalho analítico; Ferenczi se preocupou em oferecer ajuda e atendimento sensível às necessidades de pacientes em sofrimento psíquico grave. Isto significa que as condutas propostas por ele buscavam encontrar tais recursos na *pessoa* do analista. É importante lembrar aqui que Ferenczi foi o primeiro defensor do que hoje é conhecido como a segunda regra fundamental da psicanálise, que aponta para a necessidade de uma análise profunda de todo analista que pretende tratar outras pessoas. Segundo o autor, o autoconhecimento permitiria ao analista aproximar-se do seu paciente, capacitando-o a ter uma melhor sintonia com seu sofrimento e com suas dores, mas sem confundir o que é próprio com o que é do outro, buscando assim reduzir as reações contratransferenciais.

Ferenczi desperta a minha admiração pela sua coragem em ousar em sua clínica sem se perder do que foi fundamental para a construção de seu pensamento: a sua crença absoluta no método psicanalítico, conferindo a ele o poder de cura e a sua grande

preocupação com o sofrimento de seus pacientes. Ao se deparar com obstáculos ou dificuldades técnicas em seus atendimentos, Ferenczi não atribuía ao paciente a responsabilidade daquilo; não se limitava a aceitar aquele fenômeno como pura resistência do paciente. Ele buscava encontrar uma solução para o impasse e se voltava para os procedimentos e as atitudes do analista. Considerava que os entraves poderiam estar relacionados à inabilidade técnica do analista e não somente às dificuldades do paciente.

Ferenczi, em sua clínica com pacientes chamados “difíceis”, se deparou com impasses no processo de análise ao utilizar a técnica psicanalítica clássica. Esses pacientes tinham dificuldades em associar livremente e o enquadre analítico tradicional não parecia favorecer o trabalho com eles. Até aquele momento, se pensarmos na psicanálise clássica de Freud, havia a busca de um afastamento do analista em relação a gestos afetivos do paciente, colocando sempre, tanto o paciente quanto o analista, no campo da fala/linguagem. Havia um distanciamento entre o par, inclusive, pelo princípio de abstinência do analista; ele deveria admitir, conhecer e elaborar suas emoções para que não interferissem na escuta analítica. Este princípio, em conjunto com a associação livre e a interpretação, eram as principais vias norteadoras da análise proposta por Freud.

Como a técnica clássica parecia ser insuficiente aos pacientes “difíceis” e em sofrimento psíquico grave, Ferenczi passou a se dedicar a experimentações clínicas que viabilizassem a análise desses casos. Para ele, o excesso de preocupação com a abstinência dos analistas era uma defesa e uma recusa dos modos pelos quais o analista poderia ser afetado e afetar seu analisando no encontro clínico (transferência e contratransferência). Desta maneira, Ferenczi alterou o foco de suas reflexões sobre a técnica com pacientes “difíceis”, deslocando-o do paciente para o analista. Ele passou a refletir sobre as resistências do analista e em como elas se expressavam na prática clínica da psicanálise via a técnica e o enquadre clássicos. A conclusão a que Ferenczi chegou não foi a de que a técnica e o enquadre em si servissem à resistência do analista, mas que os próprios analistas faziam uso do dispositivo analítico *como uma forma* de defesa (FERENCZI, 1928b).

A partir de seu famoso texto “Elasticidade da técnica psicanalítica”, Ferenczi (1928b) fez críticas à “hipocrisia profissional” dos analistas que, utilizando o enquadre e a técnica a favor de suas defesas, deixavam o sofrimento e a cura dos pacientes subjugadas ao seu narcisismo e às suas questões não bem analisadas. A que hipocrisia

Ferenczi se referia? Para ele, esta hipocrisia abarcava desde a postura do analista, sua disponibilidade afetiva e o uso que se fazia das interpretações. O que seria isto? Na recomendação de Freud, exigia-se do analista a abstinência da expressão dos sentimentos o que implicava em uma fria reserva do analista. Ferenczi percebeu que os analistas usavam essa recomendação como um escudo defensivo a favor de suas dificuldades. Este escudo servia para proteger o analista de seus medos como, por exemplo, o de misturar-se ao paciente ou de não poder responder às suas exigências/demandas. Isto acabava gerando algumas respostas defensivas do analista, como a de um afastamento – retirando-se para uma postura fria e distante – ou de uma interpretação excessiva, levando o analista a responder a tudo prontamente, acreditando deter um saber anterior ao que o paciente poderia construir. Haveria então um desejo de tudo saber e transmitir imediatamente ao paciente. Acredito que tudo isso se ligue ao narcisismo do analista, que podemos considerar como o obstáculo ao processo de conhecer alguém. Ferenczi condenava a interpretação excessiva, muitas vezes exercida pelos analistas e afirmava que deveriam; “Ser parcimonioso nas interpretações, em geral, nada dizer de supérfluo, é uma das regras mais importantes da análise; o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista” (FERENCZI, 1928b, p. 38).

Ainda em “Elasticidade da técnica psicanalítica”, Ferenczi (1928b) retomou a formulação de Freud que, uma interpretação feita sem *tato* era não apenas errônea, mas, efetivamente patogênica. Definindo *tato* como “sentir com”, usou o termo para se referir à capacidade de ter empatia, destacando que o fundamental seria a compreensão do campo transferencial como um *plano de compartilhamento afetivo através de um encontro lúdico*. A ideia que Ferenczi desenvolveu nesse artigo é a de que o analista precisaria atender seu paciente preocupando-se com a qualidade do relacionamento entre o par terapêutico e não apenas com a técnica interpretativa proposta por Freud (KUPERMANN, 2008).

Os atendimentos clínicos levaram Ferenczi à conclusão de que os pacientes percebiam, inconscientemente, os desejos e humores do analista; suas simpatias e antipatias em relação a ele. Para Ferenczi, seria uma grande hipocrisia atender um paciente pelo qual se tem afetos negativos e continuar agindo como se aqueles afetos não existissem, se protegendo sob o véu da segurança do distanciamento profissional. Baseando-se nessas percepções, Ferenczi desenvolveu reflexões sobre a necessidade de controle do narcisismo analítico, o que envolveria, necessariamente, a análise pessoal

do analista. Como dito anteriormente, tão importante quanto isto, seria o “tato” do analista no trabalho analítico. Este incluiria a capacidade de o analista “sentir com” o paciente, implicando na capacidade empática do analista. O tato envolveria a capacidade de discernir, por exemplo, quando e como fazer uma interpretação, quando o silêncio se faz necessário ou quando o mesmo seria vivido pelo paciente como uma tortura. Essas possibilidades permitiriam uma atuação na qual o analista poderia exercer uma função facilitadora ou traumática para o paciente. Com “tato”, buscaria evitar o efeito desastrado, indesejável e até mesmo patogênico de uma análise. Desta forma, Ferenczi parte dessas reflexões e críticas para propor uma maior *elasticidade* na técnica psicanalítica, cabendo ao analista funcionar como um elástico e se permitir ceder às tendências do paciente (Ferenczi, 1928b/1933). Partiu de um analisando sua famosa expressão “elasticidade da técnica analítica” que aponta para a necessidade de ceder às tendências do paciente, demandando sintonia dos analistas com seus analisandos.

Após estas constatações, Ferenczi (1930) inicia um período de experimentação em sua clínica no qual desenvolve o princípio de relaxamento ou neocatarse. Este princípio propunha o *laissez-faire*, que sugeria uma maior liberdade do analisando, assim como do *setting* da análise. Isto implicava na maior liberdade para a expressão de agressividade durante as sessões, mesmo que direcionada ao analista. Abria também a possibilidade de sessões mais longas (quando necessário) e a admissão de falhas por parte do analista. Esta maior liberdade levava a um relaxamento dos pacientes que, conseqüentemente, possibilitava um avanço na análise destes. Para a surpresa de Ferenczi, a partir desse relaxamento, alguns pacientes passavam a conseguir associar livremente e o autor percebeu que, no enquadre mais rígido tradicional, estes avanços seriam inviáveis. Segundo o autor,

Ao comparar a atitude inicialmente obstinada e fixa do paciente com a flexibilidade que resultava do relaxamento, pode-se constatar nesses casos que o paciente vê a reserva severa e fria do analista como a continuação da luta infantil contra a autoridade dos adultos, e que repete agora as reações caracteriais e sintomáticas que estiveram na base da neurose propriamente dita (FERENCZI, 1930, p. 70).

Após ter conseguido criar um ambiente de confiança, possibilitado e sustentado pelo sentimento de liberdade vivido na análise, muitos pacientes começaram a apresentar sintomas diferentes dos iniciais: manifestações histéricas corporais, estados de transe, explosões emocionais, rompimento com a realidade, falas com vozes infantis, dentre outros. A este conjunto de experiências Ferenczi deu o nome de *neocatarse*.

Estes sintomas o conduziram a um material primitivo dos registros psíquicos desses pacientes que possibilitou o contato, anteriormente não alcançado, com situações traumáticas vividas por esses sujeitos. Isto levou Ferenczi a refletir sobre a importância das vivências traumáticas no adoecimento psíquico e a importância do *lugar do trauma* passou a ser a questão central em sua pesquisa.

Vale lembrar que, até este referido momento, a base do trabalho psicanalítico era formada pela interpretação dos sintomas que buscava levar à consciência os conteúdos recalçados. A partir de suas novas descobertas, Ferenczi passa a refletir sobre a relação entre o analista e analisando, buscando encontrar uma nova proposta para o par. Consequentemente, sugere mudanças na técnica e no *setting* de forma que o enquadre e o analista se tornem mais flexíveis. A fim de esclarecer ao leitor seu raciocínio, Ferenczi (1928b) apresenta uma metáfora;

Aceito fazer minha a expressão “elasticidade da técnica analítica” forjada por um paciente. É necessário, como uma tira elástica, ceder às tendências do paciente, mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não estiver plenamente provada (FERENCZI, 1928b, pp.36-7).

Ferenczi percebeu que a situação analítica ocorrida no âmbito do que ele chamava de “hipocrisia profissional”, que se refere à fria reserva do analista, repetia, em sua forma e dinâmica, as situações traumáticas que originalmente levaram ao adoecimento do sujeito⁷. Esta hipocrisia consiste em não reconhecer e não se referir às emoções que estão sendo vividas. Seria como se o paciente atualizasse, via a transferência e a contratransferência, a situação original traumática e esta fosse revivida na relação com o analista. É importante esclarecer que a ideia ferencziana sobre a constituição do trauma será melhor explorada no próximo subitem deste capítulo. Cabe, no entanto, incluir neste momento, uma ideia resumida do trauma para que possamos compreender porque o autor defende que a hipocrisia profissional do analista seria uma repetição do trauma vivido pelo paciente.

A experiência traumática, para Ferenczi, envolve um desmentido e um “apagamento” da vivência da criança. Ela vive uma situação abusiva por parte de um adulto e a mesma é negada para a criança, seja pelo abusador, seja por um adulto responsável a quem ela recorreu. Nessa situação, a criança vive de forma solitária a

⁷ Neste mesmo capítulo, no próximo subitem, a temática do trauma na teoria de Ferenczi será explorada detalhadamente.

experiência e as angústias relativas a ela, sem haver testemunha que afirme e legitime o vivido. Por não ter se desenvolvido suficientemente para poder processar a experiência, dar algum sentido a ela e inscrevê-la, assim, na cadeia simbólica, a experiência da criança é negada e permanece sem representação. Ocorre então uma clivagem narcísica na criança e essa experiência passa a não fazer mais parte dos registros dela. Essa experiência não pode ser recalçada, por não haver representação, então ela também não pode ser esquecida; permanece em um limbo, sem representação, e a criança fica apenas com o registro de traços de memória do que foi vivido por ela. Ao equiparar a postura fria e reservada do analista ao comportamento do adulto que gerou o trauma na criança, Ferenczi nos mostra que o paciente irá reviver na relação transferencial com o analista a sua experiência traumática da infância. Haveria, novamente, uma confusão e uma distância entre as vivências e percepções do paciente e o que seu analista reconhece e o comunica – como o fez o adulto na situação traumática em sua infância. Há similaridades entre a postura do analista em sua “hipocrisia profissional” e na do adulto que não acolhe uma criança que vive um trauma; ressurgem o pedido de ajuda da criança no contexto original do trauma. Ambas as situações trazem à tona a vivência traumática de ausência de disponibilidade afetiva – seja do adulto responsável ou do analista - a fim de olhar para o sujeito, escutá-lo e conter seu sofrimento.

A situação analítica, essa fria reserva, a hipocrisia profissional e a antipatia a respeito do paciente que se dissimula por trás dela, e que o doente sente com todos os seus membros, não difere essencialmente do estado de coisas que outrora, ou seja, na infância, o fez adoecer (FERENCZI, 1933 p. 114).

Ao chegar a estas constatações, Ferenczi nos coloca em uma posição de questionamento. O que deveria então ser feito? O autor aponta para a necessidade de o analista ser capaz de admitir os próprios erros e renunciar a eles, assim como também se faz necessária a abertura para a escuta de críticas feitas pelo paciente, visando, dessa forma, conquistar a confiança do analisando. Esta confiança marcará o contraste entre a vivência atual na análise e aquela vivida no passado (situação traumatogênica). É este contraste que promoverá a possibilidade de reviver o passado a fim de que ele possa ser lembrado – não mais enquanto produção alucinatória, mas agora como uma lembrança objetiva (FERENCZI, 1933).

Para Ferenczi, por meio da regressão do paciente no processo de análise e da capacidade do analista de se disponibilizar para ser usado pelo paciente neste processo, é que ele pode vivenciar a situação traumática. Partindo do princípio do relaxamento e

da neocatarse de Ferenczi, os pacientes se encontrariam num estado de relaxamento que propiciaria a regressão a estágios em que a vivência traumática haveria deixado apenas traços de memória que ainda não haviam entrado no campo das representações. Isto porque a constituição psíquica na infância primária ainda se encontrava desprovida de recursos internos para que o trauma fosse representado. Dessa forma, na clínica do trauma (pacientes difíceis), a regressão do paciente possui valor terapêutico por possibilitar a integração desta experiência. Surge, na regressão terapêutica, a possibilidade de vivenciar o trauma em uma situação protegida. O paciente poderá, pela primeira vez, representá-lo e integrá-lo às suas vivências. Ferenczi aponta para a necessidade de estabelecer uma ligação entre a situação de passividade total característica da vivência original (do trauma) e seu oposto que marca a situação atual: o sentimento de ser capaz de vivenciá-lo *ativamente*. Segundo o autor, isto possibilitaria uma nova percepção e resolução do trauma para o paciente (FERENCZI, 1934)⁸.

Ferenczi compara a atitude do analista, neste momento regressivo do paciente, ao de uma mãe carinhosa que desempenha bem seu papel junto ao bebê (FERENCZI, 1931 p. 85). Podemos inferir que Ferenczi sugere que o analista sustente, pelo tempo necessário, a fusão e a onipotência do paciente junto a ele (vivência necessária ao bebê nos primórdios da vida). Desta forma, o analista criaria uma vivência diferente daquela que o paciente teve quando criança e que está na base de seu trauma e consequentes entraves do desenvolvimento psíquico dele.⁹ Esta nova experiência se diferencia pelo reconhecimento, por parte do analista, do sofrimento do paciente. Apenas depois da criação desta experiência é que o analista poderá, aos poucos e gradativamente, permitir alguma frustração e, conseqüentemente, alguma diferenciação entre o par (Ferenczi, 1931).

Através da aplicação de sua “técnica elástica”, Ferenczi pôde observar uma mudança significativa em seus pacientes, que passaram a poder sofrer processos regressivos nos quais as formas de expressão apresentadas se aproximavam das formas infantis de dependência, tanto em sua qualidade lúdica quanto em dor traumática. No entanto, essas regressões eram provocadas e não ocorriam espontaneamente¹⁰. Passou então a incluir no campo transferencial o movimento regressivo, descrevendo o

⁸ Trata-se de um artigo póstumo, publicado em 1934. Utilizei a versão impressa no vol. IV das *Obras Completas* da editora Martins Fontes, 2011.

⁹ Para fins ilustrativos ler o caso Maira no capítulo anterior; há um momento onde a paciente anuncia esta necessidade durante uma partida do jogo *Jenga*.

¹⁰ Cabe aqui apontar que isto se diferencia da proposta apresentada posteriormente por Winnicott, para quem a regressão deveria ocorrer de forma espontânea, como se verá adiante.

caminho que culminaria na regressão à dependência, posteriormente proposta por Winnicott.

Podemos afirmar que Ferenczi foi o primeiro psicanalista a dar importância e ênfase às características do ambiente no processo da constituição psíquica. Ele passou a considerar todo o universo psíquico dos cuidadores e a intersubjetividade do bebê a partir de sua relação com estes. Freud e Melanie Klein sempre pensaram o ambiente como algo que se transformava a partir de uma dimensão intrapsíquica, isto significa que, para eles, o que a pessoa fazia a partir do que fizeram com ela é que daria forma à sua edição dos acontecimentos vividos; o ambiente era, antes de mais nada, fruto do que a própria pessoa fazia com as experiências vividas. A mudança que Ferenczi efetuou foi no redirecionamento do foco: ele o retirou dos processos intrapsíquicos a partir da relação da pessoa com o meio ambiente e passou a direcioná-lo à intersubjetividade dos sujeitos envolvidos no acolhimento da pessoa desde seu nascimento. Dessa forma, o ambiente, para Ferenczi, envolve não apenas uma edição particular do sujeito, mas a realidade objetiva na qual ele está inserido. A partir de suas reflexões, foi possível para a psicanálise compreender a importância das marcas que o psiquismo materno imprime na criança; ele possibilitou a psicanálise a direcionar seu olhar para a importância da relação primária. Todas as inovações e contribuições do autor são muito importantes para pensarmos nas possibilidades de atuação do analista na clínica do trauma.

Para Ferenczi (1930), no lugar da tríade associação livre, princípio de abstinência e interpretação (proposta freudiana), privilegiar-se-ia a *associação livre*, *regressão* e o *jogo* (brincar). Sua proposta transfere o foco para a *qualidade* do encontro afetivo estabelecido na transferência, o que exige disponibilidade afetiva do psicanalista e ampliação dos limites estabelecidos para o campo transferencial. Em síntese: Ferenczi (1930) também enfatiza a ideia da transferência ligada ao processo regressivo, porém, para ele, isso não indicava algo negativo, e sim, positivo. O autor buscava, *ativamente*, levar seus pacientes a movimentos regressivos, visando à cura de traumas sofridos.

2.3 Evolução do conceito de trauma em Freud¹¹

Laplanche e Pontalis (1987/2001, p. 522) definem o trauma como:

Acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações.

Trata-se de um dos principais conceitos da teoria psicanalítica, desde os primórdios, com Freud, tendo sofrido inúmeras alterações em sua definição e compreensão.

A concepção de trauma se configurou nos primórdios da psicanálise e passou por uma primeira grande reformulação na década de 1920.

Inicialmente atrelado aos conhecimentos sobre a histeria, a formulação do conceito por parte de Freud sofreu influência das ideias de Breuer. O trauma psíquico era compreendido, até então, como um conjunto de experiências emocionais que se constituíam como fator etiológico para o aparecimento da histeria. Dessa forma, a patologia formada seria causada pelos resíduos de traumas psíquicos, e o caráter particular de cada um dos sintomas poderia ser explicado pela relação com uma cena traumática – neste momento, ainda a cena real traumática.

Segundo Bokanowski (2005), o conceito de traumatismo na obra de Freud passa por três períodos distintos de modificações, a saber: o primeiro, que vai de 1895 a 1920, se refere ao traumatismo como um ato de sedução exercido por um objeto externo que acarretaria em uma organização neurótica subsequente; o segundo período, a partir de 1920, caracteriza o traumatismo como relativo às dificuldades econômicas do aparelho psíquico em lidar com os excessos de excitações. Nesta fase, Freud acreditava que o traumatismo estaria ligado a um defeito de para-excitação; há, pois, a vivência de desamparo do sujeito frente a uma irrupção quantitativa (interna ou externa) de

¹¹ A proposta deste item não é aprofundar demasiadamente as ideias de Freud sobre o trauma, uma vez que este não é o principal propósito deste estudo, e sim mostrar resumidamente como o conceito sofreu mudanças em sua teorização. Isso nos ajudará a relacionar a concepção de trauma ao tema central deste estudo, que é a regressão à dependência na clínica de pacientes que sofreram falhas primárias.

excitação com a qual não consegue lidar. Por fim, em um terceiro momento, já próximo do final de sua obra, Freud explora a concepção do traumatismo e seus vínculos com o narcisismo em *Moisés e o monoteísmo* (1939), chegando à conclusão de que uma ferida narcísica provocaria um trauma.

Mas como Freud teria chegado a essas mudanças em sua compreensão sobre o trauma e o que seria traumático?

No primeiro período, os estudos de Freud referiam-se ao que ele chamou de “teoria da sedução traumática”, cujo desenvolvimento ocorreu a partir da obra *Estudos sobre a histeria* (1897/1996). Acreditava então que o trauma era decorrente de uma ação traumática em dois tempos, ou seja, o trauma seria compreendido como a atualização de uma cena mais antiga. Segundo a teoria da sedução traumática, o sujeito neurótico teria sofrido uma sedução sexual *real* por uma figura paterna na infância. Essa sedução teria sido recalcada, constituindo um núcleo patogênico e configurando o primeiro tempo da ação traumática (FREUD, 1895). Deve-se ter em mente que, no início de sua teorização, ainda no século XIX, Freud não havia se defrontado com as questões relativas à sexualidade infantil.

O segundo momento na etiologia do trauma ocorreria na puberdade; o sujeito vivenciaria outra cena, que evocaria a primeira, tornando-a traumática. Essa evocação ocorreria justamente pelo desenvolvimento da sexualidade nessa fase (puberdade/adolescência), pois Freud ainda não havia concebido a ideia e nem desenvolvido seus estudos acerca da sexualidade infantil. De acordo com a teoria freudiana até o referido momento (1893-1897), seria através da experiência atualizada que a *memória de um evento* ganharia um caráter *traumático*. Em outras palavras: seria necessário acontecer um evento vivido de forma submissa e passiva pela criança, que sentiria o impacto, mas não compreenderia o ocorrido, e num segundo momento (geralmente na puberdade), algo similar permitiria ressignificar o primeiro evento, instalando-se o trauma propriamente dito.

Nessa concepção, não seria mais o evento que agiria de forma traumática, mas a sua lembrança; somente quando o sujeito fosse capaz de compreendê-lo, quando essas experiências se reorganizassem e adquirissem uma significação traumática por excelência, é que o trauma se instalaria. É importante destacar a ênfase dada por Freud à dimensão afetiva do evento traumático, em detrimento do fato ocorrido.

Nas neuroses traumáticas, a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante, mas o afeto do susto - o trauma psíquico. De

maneira análoga, nossas pesquisas revelam para muitos, se não para a maioria dos sintomas histéricos, causas desencadeadoras que só podem ser descritas como traumas psíquicos. Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos - tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física - pode atuar como um trauma dessa natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada (FREUD, 1893/1996, pp. 41-2).

Até este momento, entre 1893 e 1897, a teoria da sedução elaborada por Freud levava à ideia de que o trauma era atrelado às *lembranças de cenas reais de sedução* – sendo atribuídas a estas a etiologia das neuroses.

A partir de 1897, Freud começa a repensar a importância da experiência traumática na constituição da neurose histérica. Ele abandona seu primeiro entendimento da cena de sedução como algo de fato acontecido e passa a entendê-la como um produto de *reconstruções fantasísticas* do sujeito. A cena traumática real perde seu peso e importância e ele passa a dar destaque ao *mundo interno* do sujeito. A cena/ato real perde sua força traumatizante, juntamente com a teoria da sedução envolvendo a ação real de um adulto, tendo em vista a importância que agora passa a ter a fantasia. Se pensarmos nessa mudança, podemos dizer que Freud abandona a ideia sobre a etiologia da histeria por uma em que a *fantasia* substitui o lugar do *fato*. É nesse momento que escreve “Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (1905).

Ao considerar a sexualidade infantil e sua articulação com a constituição psíquica, Freud modifica algumas questões sobre sua concepção do trauma. Sua teoria continua pautada em dois tempos; num primeiro momento, a cena primária se constitui como elemento traumático pela incapacidade de a criança significar a experiência sexual, e num segundo tempo, o sujeito revive a situação que passará a ser traumática, pois agora pode significar o ocorrido que anteriormente havia ficado sem sentido. A ideia da ação traumática *a posteriori* permanece ao longo de toda obra freudiana, embora sofra algumas reconsiderações, como a ideia de que é possível haver trauma na infância e não somente após a entrada na puberdade. A maior mudança da passagem do primeiro momento (teoria da sedução) para o seguinte é a do foco da sedução como experiência real para as fantasias do sujeito, infiltradas de sexualidade infantil.

A partir de 1920, o conceito de trauma volta a ser reformulado por Freud; como vimos, Bokanowski (2005) denominou esse momento como o segundo período do traumatismo na obra freudiana. O trauma passa a ser entendido como consequência das falhas das defesas, pelo excesso de excitações que colocam em risco a dominância do

princípio de prazer e a estruturação do aparelho psíquico. O excesso de excitações (não-ligada) invade a *psique* sem que o sujeito esteja preparado para se defender; essa invasão seria sentida como uma ameaça. O *susto/surpresa* passa a ser considerado elemento essencial para o surgimento do trauma. Dessa forma, o trauma levaria a uma compulsão à repetição, entendida como a *repetição do evento traumático* em função da busca de sentido – de ligação a uma rede simbólica para o vivido. O que se repete pode ser entendido como o que não conseguiu entrar na cadeia associativa, não se inscreveu nos sistemas mnêmicos; ou seja, não passou por processo de simbolização (FREUD, 1920).

Após 1920, Freud acrescenta ideias e reflexões sobre a temática do trauma ao apresentar sua teoria sobre a compulsão à repetição em “Além do Princípio de Prazer”, passando a evidenciar sua relação com a pulsão de morte. Em 1923, desenvolve a segunda tópica, destacando o id, o ego e o superego como instâncias psíquicas em *O Ego e o Id*, e em 1926, desenvolve sua nova teoria sobre a angústia, em “Inibição Sintoma e Angústia”. Esse período marca um novo momento de reflexão sobre a ideia de trauma em Freud.

Em “Além do princípio do prazer” (1920/1996), Freud destaca que, mediante uma experiência traumática, o princípio de prazer seria colocado momentaneamente em suspenso pela inundação do psiquismo por excessos de estímulos. Ao ocorrer essa inundação, as excitações a representações excederiam a capacidade do psiquismo de vinculá-las (ficariam livres, sem ligação), de forma a inseri-las em um sentido psíquico de representações (simbolizar) para poder posteriormente desvencilhar-se delas. Ou seja, o psiquismo estaria inundado com um excesso de energia e, por isso, o trauma ocorreria pela impossibilidade de ligar esse excesso energético a representações ou conjuntos de representações – seriam essas vinculações que possibilitariam elaborar as excitações.

Freud explora o tema mais detalhadamente em “Inibição, sintoma e ansiedade” (Freud, 1926/1996). Nesse texto, destacam-se as relações que estabelece entre a angústia¹², ameaças e traumas, destacando o lugar do *desamparo* como fator determinante para o trauma, relacionando-o à ideia de angústia. O desamparo é então compreendido por Freud como relativo à condição prematura do ser humano que nasce

¹² Optamos por utilizar o conceito de angústia, uma vez que o conceito de ansiedade, que aparece no texto, advém de uma tradução questionável do alemão. O termo angústia parece ilustrar melhor o que buscamos aqui compreender sobre a temática do trauma.

totalmente dependente do ambiente e incapaz de sobreviver sem cuidados extremos. O desamparo inicial é evidenciado pelas dependências biológicas do bebê de sua mãe (cuidador) – ele depende deste outro para atender às suas *necessidades* vitais. Freud aponta que, inicialmente, o bebê não conseguirá se comunicar, sendo sua dependência absolutamente ligada à interpretação do outro frente às suas necessidades. Na sequência de seu desenvolvimento inicial, começa rapidamente a poder se comunicar, principalmente pelo choro, de forma que sua troca com o outro passa gradativamente a planos simbólicos cada vez mais complexos (comunicação).

Pelo fato de nascer na condição de desamparo, o objeto externo ganha extremo valor para o bebê, sendo determinante para sua sobrevivência e seu desenvolvimento. É então imprescindível que se sinta amado pelos pais para que possa haver constituição e estruturação psíquica. Quando, em estado de desamparo (inerente ao humano), o bebê encontra um ambiente suficientemente bom que se adapta às suas necessidades, a articulação entre o desamparo e os cuidados do ambiente favorecem a estruturação psíquica. Devemos nos lembrar, no entanto, que, se pensarmos em termos econômicos, o *excesso* de desamparo será vinculado ao adoecimento e à formação de sintomas pela ativação de defesas. O desamparo pode ser uma via traumática se ocasionar um acúmulo de excitação (interna ou externa) do qual o ego não consegue dar conta, ou seja, quando essa quantidade for excessiva (Freud, 1926/1996).

É interessante notar que, apesar de Freud apontar para as experiências do vivido, ele enfatiza que estas foram vividas pelo sujeito *com o outro*, ou seja, na relação com o ambiente externo. Fica claro, a partir desse texto, que o acontecimento em si não é visto como traumático, mas sim a sensação de *desamparo* que o sujeito vive mediante essa experiência.

Podemos pensar que, a partir dessa reformulação acerca da ideia de trauma, articulando o desamparo com o conceito de trauma (FREUD, 1926/1996), Freud nos remete ao que outros autores elucidaram em seus estudos: o papel da mãe/ambiente, ou da relação mãe-bebê, na constituição psíquica e, conseqüentemente, na formação de traumas. Essas reflexões foram desenvolvidas posteriormente a Freud, por autores como Balint e Winnicott, cujas ideias abordamos adiante neste estudo.

A partir dessa compreensão, podemos buscar repensar a articulação teórico-clínica psicanalítica, principalmente quando no que se refere às patologias contemporâneas que se assemelham aos *casos difíceis* - um retorno à obra de Ferenczi nos possibilita repensar a clínica psicanalítica do trauma.

2.4 Trauma em Ferenczi: mudança de paradigma

Apesar de ser questionado e criticado por muitos em sua época, como assinalamos acima, Ferenczi hoje tem lugar de destaque nos estudos acerca do trauma, das relações primárias e de seus desdobramentos.

Ferenczi deu maior importância à relação da criança com a mãe/ambiente. No que se refere ao trauma, para Freud, o conceito está atrelado à fantasia, ao passo que segue relacionado à experiência real para Ferenczi. Consequentemente, as técnicas apresentadas e indicadas por ambos os autores também diferem. Acredito que o retorno a Ferenczi proporciona uma abertura da clínica psicanalítica para o irrepresentável, para o que não faz sentido (o que não circula na cadeia associativa), mas que pode se expressar de diversas outras formas.

A ideia de trauma em Ferenczi nos ajuda a entender as raízes de algumas teorias e pensamentos de autores que podemos classificar como pertencentes à “linhagem ferencziana”¹³, como Balint e Winnicott. Antes de adentrarmos no tema mais amplamente, penso ser importante, primeiramente, entendermos como seria o processo na constituição do trauma. Para compreendê-lo, escolhi utilizar o trabalho de Maria Teresa Pinheiro (1996), “Trauma e Melancolia”¹⁴.

Para explicar o processo e os elementos necessários para a instauração de um trauma, Maria Teresa Pinheiro (1993) refere-se ao *mito*¹⁵ criado por Ferenczi, que funciona também como uma metáfora da vivência traumática da criança. O fundamento teórico que sustenta esse mito está em toda a obra ferencziana, especialmente em seus textos mais tardios: “Análise de crianças com adultos” (1931), “Reflexões sobre o Trauma” (1931-192) e “Confusão de línguas entre adultos e a criança” (1933).

Pinheiro (1993) considera que, a partir de inúmeros casos atendidos por Ferenczi, ele construiu uma história ou mito que é típico e que reaparece em todos seus casos relativos ao trauma. Trata-se de uma forma de Ferenczi reconstruir os elementos que estavam sempre presentes em todas as histórias clínicas de seus pacientes

¹³ Esta ideia está sendo construída e estudada nas aulas do professor Luis Claudio Figueiredo da Puc-SP e derivam do material exposto em sala de aula no período de janeiro de 2015 a junho de 2016.

¹⁴ Embora o tema da melancolia não seja o foco desta dissertação, seu texto sobre o assunto muito nos ajuda a entender a teoria ferencziana do trauma.

¹⁵ Podemos pensar que Ferenczi faz uso dessa narrativa para explicar a dinâmica envolvida na instauração de um trauma, assim como Freud fez uso do mito de Édipo para descrever sua descoberta sobre o conflito triangular entre o filho e seus pais, no que ele chamou de Complexo de Édipo.

traumatizados. O mito construído por ele narra a história de uma criança que pede, por uma brincadeira ou atividade lúdica, a atenção de um adulto, e este, por sua vez, se sente seduzido por ela. A resposta, dada pelo adulto, à *brincadeira* de sedução da criança é uma violência sexual contra ela. Trata-se do que Ferenczi chamou de confusão de línguas: a criança seduz na linguagem da ternura, ao passo que recebe uma resposta do adulto na linguagem da paixão. Qual seria então o conflito? O adulto envolvido nesse jogo toma a criança como um *igual* – não reconhece a linguagem da ternura e não reconhece a sedução da criança como sendo lúdica; interpreta isso tudo pela *sua* linguagem, a da paixão. Isso não quer dizer, segundo Ferenczi (1931), que está se retirando o caráter sexual da sedução da criança: o que ele está excluindo dessa sedução é o caráter *genital*. Essas linhas cruzadas, ou, como ele chama, confusão de línguas, darão origem a um sentimento conflituoso: a culpa.

No mito, o adulto toma a criança como igual e comete uma violência sexual contra ela. Ferenczi (1931) afirma que, até aí, não haveria trauma instaurado. Se este adulto sentir culpa, significa que ele está se dando conta de seu erro; não porque fez isto com uma criança, mas por tê-la tomado como *igual*. Aí surge uma característica que é própria da linguagem da paixão: não é a linguagem do perverso, que atua sem sentir culpa, trata-se de alguém que *momentaneamente enlouquece*. A culpa do adulto, que é transferida para a criança, seria o primeiro grande problema dessa criança, porque ela não saberia ainda o que esse sentimento significa; ou seja, por estar antes da castração edípica, num momento anterior, a criança não consegue compreender o sofisticado sentido da culpa. Sendo assim, esse sentimento do agressor se torna enigmático e incompreensível; a criança não saberá o que se passou, muito menos o que significa a culpa por aquele ato.

A história continua, e é aí que tudo se complica e pode haver uma progressão traumática – pode acontecer um *desmentido*. A experiência da criança seria a de ter vivido uma violência ou algo proibido e podemos supor que o natural seria dar ouvidos à criança e ao seu sofrimento quando ela procura um adulto para relatar o ocorrido. Por que alguém desmentiria o ocorrido para esta criança? Por ser uma situação conflituosa e possivelmente envolver pessoas próximas ou que mantém um vínculo afetivo com o adulto que ouve a história, a resposta desse adulto pode não ser a de acolhimento do sofrimento dessa criança. Pode ser difícil suportar a ideia de que alguém faria um mal a essa criança, ou de que alguém que se ama e/ou confia faria algo com ela. A resposta, nesses casos, pode ser a de negar o ocorrido para a criança. Suponhamos que a pessoa

que a criança procura para relatar a violência vivida seja a mãe dela; esta pode não suportar a ideia de que alguém próximo faria algo assim com sua filha e acabar *desmentindo* seu relato. A mãe desmentiria o *fato ocorrido* para a criança, dizendo algo como: “você está fantasiando, não diga bobagens, nada disso se passou”. Esse desmentido, para se configurar como trauma, precisaria ser rígido e esmagador para a criança. Ferenczi vai dizer que esse desmentido só teria valor traumático se houvesse uma incompatibilidade simbólica, ou seja, se o lugar dessa fala fosse de uma univocidade de recusa tal (“isto não aconteceu”) que impedisse a inscrição desse trauma numa inscrição simbólica, em que a polissemia (“será que isto aconteceu?”) é absolutamente fundamental (PINHEIRO, 1993).

Portanto, se a mãe duvidasse desse fato, se ela esboçasse qualquer dúvida, isso já seria o suficiente para que talvez não houvesse progressão traumática, para que a inscrição simbólica do que aconteceu fosse feita. Portanto, para que seja traumático, a fala do adulto que comete o desmentido precisaria ter algo de absoluto – ser *tomado pela criança* como verdade absoluta.

Supondo que o desmentido seja radical, a mãe teria uma verdade absoluta enquanto a criança estaria falando uma mentira absoluta; a fala da mãe encobriria a da criança; apagando-a. Ferenczi (1933) afirma que, a partir desse desmentido, o resultado do trauma seria a *identificação* com o agressor; a criança pode acabar voltando a agressão contra a sua própria pessoa, e este seria o produto final da organização psíquica dessa criança. A ideia de identificação com esse agressor seria a criança identificar-se com a versão do agressor e desmentir a sua própria versão. A criança passa a ter uma identificação com o agressor como se ele fosse parte dela própria. Isso ocorreria porque a criança sente medo e impotência frente ao adulto, física e moralmente sem defesa, pois sua personalidade ainda é frágil por estar em construção, o que a impossibilita de confrontar um adulto ou até questioná-lo – a força e autoridade dos adultos a emudece. Mas esse medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-a a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesma e a identificar-se totalmente com o agressor. Por identificação, digamos, por introjeção do agressor, este desaparece enquanto realidade exterior e torna-se intrapsíquico; mas o que é intrapsíquico vai ser submetido, num estado próximo do sonho - como é o transe traumático - ao processo primário, ou seja, o que é intrapsíquico pode, segundo o princípio do prazer, ser

modelado e transformado de maneira alucinatória, positiva ou negativa (FERENCZI, 1933, p.117).

E o que isso gera? A *introjeção da culpa* do adulto: a criança entende que o ato ocorrido merece punição e esta deverá cair sobre ela, uma vez que se encontra identificada com o agressor-acusador – a criança o tem introjetado em si.

Em “Atendimento de crianças com adultos”, Ferenczi (1931) discorre sobre pacientes que sofreram traumas primários:

O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico (FERENCZI, 1931, p.91).

O mito apresentado serve para compreendermos a dinâmica do trauma para Ferenczi. Embora utilize a violência sexual de um adulto com uma criança para exemplificar uma situação traumática, podemos concluir que não seriam apenas os casos de violência sexual que acarretariam traumas. Qualquer vivência sentida como violenta, que ultrapasse a capacidade de compreensão e simbolização da criança, poderá, potencialmente, ser traumática, dependendo da *resposta do meio* em que ela se encontra. Sendo assim, uma negligência, um abandono, um desinvestimento e até um superinvestimento poderiam ser traumáticos. Se a criança traumatizada é mal acolhida, ou pior, se é desmentida em sua vivência, o conteúdo não poderá ser inscrito na cadeia simbólica e nem ser representável, sendo destinado a um *limbo*. Dessa forma, haverá apenas o registro do vivido através de traços mnêmicos que não chegam a constituir uma experiência, ou seja, não haverá representação que dê contorno ao vivido.

Outeiral (2003), em seu trabalho “Desamparo e Trauma”, aponta para o desdobramento do trauma na perspectiva ferencziana, afirmando que acarretará uma “autoclivagem narcísica” – que seria a atomização e o despedaçamento de si mesmo; o lugar do irrepresentável, ou seja, o que está clivado, a parte da vítima, entra em um regime anterior à representabilidade; não se trata de um recalcado. Não seria o lugar inconsciente recalcado, seria o limbo mencionado anteriormente; lugar fora do espaço psíquico de representação. Se este se encontra fora do recalque e do inconsciente, não será possível lembrá-lo, recordá-lo. Outeiral (op. cit.) aponta para o fato de Ferenczi se referir, inúmeras vezes, à situação traumática como *choque*. A escolha da palavra choque remete ao que associa ao trauma: perda de si mesmo, um *desmoronamento* da sustentação das defesas que garantem o sentimento de si mesmo. Por vivenciar um

desmoronamento, o sujeito precisará rapidamente, pela urgência traumática, render-se a outra forma, alheia a si mesmo. “O ‘choque’ é equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa de Si mesmo [*Soi*]” (FERENCZI, 1931-1932, p. 125).

A desintegração de si mesmo ocorreria então como uma defesa, uma tentativa desesperada de se libertar da angústia, já que esta seria a consequência imediata de cada traumatismo, segundo Ferenczi (1931-1932). O sujeito irá preferir então essa válvula de escape – desintegração – ao desprazer que vive no trauma: “O mais fácil de destruir em nós é a consciência, a coesão das formações psíquicas numa entidade: é assim que nasce a desorientação psíquica” (p. 127). Inclusive, a angústia traumática seria a base para o medo da loucura experimentado pelos pacientes traumatizados; a perda do sentimento de si, da *confiança* de estar seguro de si mesmo e do meio circundante. O choque/trauma rompe essa unidade como tentativa de evitar ou diminuir o intenso desprazer gerado por essa experiência.

Ferenczi (1933) aponta para uma possível “organização defensiva” do sujeito traumatizado: seu amadurecimento precoce. Na verdade, segundo o autor, a personalidade ainda frágil e pouco desenvolvida da criança reage ao desprazer súbito do trauma não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e a *introjeção* do que lhe ameaça e agride. Sob a pressão da urgência traumática, a criança pode acabar manifestando emoções e comportamentos de um adulto maduro. Esse processo seria, segundo o autor, uma progressão traumática (patológica) ou prematuração (patológica). Seguindo essa suposição, o choque do trauma poderia levar uma parte da pessoa a amadurecer de repente pelo processo de autoclivagem narcísica já mencionado. O medo diante de um adulto enfurecido - seja uma fúria momentânea descontada na criança, seja uma reação frente a sua culpa por cometer algum abuso contra ela – transforma a criança em uma espécie de “psiquiatra”, segundo o autor. Para proteger-se dos adultos enlouquecidos ou sem controle, ela precisa primeiramente identificar-se por completo com eles. Esse amadurecimento precoce é falso e inconsistente (como não poderia deixar de ser, visto que a criança ainda não tem uma personalidade desenvolvida suficientemente para ser verdadeiramente madura), servindo apenas como um escudo oco para que se sinta capaz de defender-se de um adulto tão assustador já que não pode enfrenta-lo, lança mão de um mecanismo de defesa; tornar-se igual a ele magicamente.

Para pensarmos sobre a questão traumática e seus desdobramentos, creio que seria interessante retornarmos aos casos apresentados. Essa organização defensiva

descrita acima nos remete ao caso Lucas - pude perceber esse mecanismo de defesa primário, de identificar-se com o agressor, servindo como escudo contra a violência de abandono vivida por ele. Podemos levantar a hipótese, com base na teoria ferencziana, de que seu abandono pela figura materna, tanto físico quanto emocional, foi uma vivência traumática primária, sendo que, para lidar com essa situação, Lucas desenvolveu uma superdotação intelectual que lhe serviu como escudo frente a um mundo inóspito.

Seguindo o raciocínio de que sua organização psíquica se deu de forma reativa a um trauma, podemos pensar que o diagnóstico de Lucas como portador da Síndrome de Asperger, tão defendido e reafirmado por sua mãe, servia para encobrir o que, na verdade, configurou-se como uma vivência traumática no início de sua vida. Durante o processo de análise foram se dissolvendo algumas defesas, como sua necessidade de manter seu extremo distanciamento do outro, sua tentativa de não se apegar ou estabelecer vínculos e sua crença rígida de que precisaria viver isolado e sozinho, cuidando de si e contando apenas consigo mesmo em todas situações. Lucas se percebeu em contato com algo da ordem emocional ainda sem forma definida e sentiu que não conseguia mais reconhecer o seu antigo jeito de ser. Lembremos aqui a fala queixosa de Lucas sobre não saber se gostava de ir à análise, pois, *antes ele sabia quem ele era e agora não mais*. Essa afirmação do paciente me faz pensar que pode ter ocorrido, nesse momento, uma aproximação de Lucas a um sentimento desconhecido por ele até então; o estranhamento por não se reconhecer em si mesmo. Parecia que ele estava antecipando o retorno de uma angústia traumática que buscava evitar. Entendi sua fala como uma anunciação de que estava percebendo, pela primeira vez, que havia outro si-mesmo dentro dele - mesmo que já estivesse aniquilado - mas que ele o desconhecia. Dessa forma, a dificuldade do paciente em reconhecer a agressão vivida como proveniente do mundo externo era resultado do fato de que parte de seu ego estava identificada com o agressor (neste caso, abandonador). O clivado, ou seja, jogado fora da representação, era a criança abandonada e, no lugar dela, ficou o agressor.

Durante uma sessão, enquanto investigávamos um pouco sua infância primária, Lucas afirmou que quem havia decidido que ele não ficaria com sua mãe, e sim sob os cuidados da avó materna durante seu primeiro e segundo ano de vida, havia sido ele: “eu que quis morar com minha avó, eu preferia”, afirmou. Sabemos que um bebê de um ano ou dois de idade não poderia fazer essa escolha e muito menos anunciá-la aos seus cuidadores. Podemos constatar aí uma identificação com o lugar de abandonador, de

agente da situação de abandono vivida por Lucas. Então, ao transformar o abandono em escolha própria, aniquilava a vivência traumática, acreditando que não sofrera agressão por parte de seus pais. Poderíamos, no entanto, supor que essa afirmação indicava, na verdade, o real desejo de Lucas, de ficar sob os cuidados da avó, pois ali recebia carinho e atenção? Sim, mas independente da qualidade da relação com a avó e dos cuidados que recebeu dela, através do relato de sua mãe, sabemos que a situação de ser deixado com ela fora bastante angustiante para Lucas. Ao ser deixado diariamente na casa da avó, para que a mãe fosse trabalhar ou estudar, segurava nas grades do portão da casa e chorava ininterruptamente, chegando às vezes a vomitar, até perdê-la de vista – esta realidade havia sido apagada. Essa cena, relatada pela mãe, tão forte e violenta, nos transmite as sensações de desespero e sofrimento vividas por Lucas, vivências estas que foram anestesiadas, via clivagem narcísica, e transformadas em sua identificação com o agressor. Vale ressaltar que este relato foi feito pela mãe, uma vez Lucas jamais poderia se recordar dessa experiência, pois a mesma havia sido posta para fora de sua consciência via o processo de clivagem. Sobre a clivagem da personalidade frente um abandono, Ferenczi (1931, p. 87) afirma:

Tem-se nitidamente a impressão de que o abandono acarreta uma clivagem da personalidade. Uma parte da sua própria pessoa começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai com a outra parte, e assim torna o abandono nulo e sem efeito, por assim dizer.

Podemos identificar, na teoria do autor, uma semelhança com o conceito de falso *self* de Winnicott, que será explorado mais adiante. Cabe apontar para uma constatação possível: se pensarmos no trauma e seu possível desdobramento em um amadurecimento prematuro e patológico, o falso *self* seria uma resposta a um trauma primário. Isto porque, na patologia do falso *self*, bem como no amadurecimento artificial e prematuro pela identificação com o agressor, a criança irá abrir mão de sua experiência real de *self* (sua verdadeira experiência) e, visando beneficiar o ambiente, irá adaptar-se de maneira forçada e artificial a uma forma de ser distorcida que encobre sua existência real.

Gostaria de lembrar agora do caso Pedro – precisamos levar em consideração a idade do paciente, que favorece o processo analítico por ter menos defesas cristalizadas e ser ainda uma personalidade em formação, portanto, mais plástica. Ao pensar num prognóstico para Pedro, caso o paciente não recebesse ajuda/atendimento, acredito que este seria o de desenvolvimento de uma personalidade falso *self*. Essa criança, frente a

uma vivência traumática (o desinvestimento da mãe com a chegada do irmão), se organizou de forma retraída, sendo educada e desafetada, procurando não incomodar o meio ambiente e as pessoas à sua volta. Sua conduta polida e nada espontânea lembrava muito a descrição de uma contenção de sua espontaneidade e agressividade.

Voltando à questão do trauma em Ferenczi, podemos supor que algumas perturbações resultam da situação traumática, como o sentimento de *irrealidade* e a *desconfiança*. Se o sujeito vivencia algo e, ao relatá-lo às pessoas em quem confia, é desmentido ou punido, o que lhe restaria? Podemos levantar a hipótese de que irá questionar a veracidade de sua vivência e pode acabar sentindo que sua experiência é irreal por não haver concordância entre esta e a realidade imposta. Outra possibilidade seria a de passar a não ser capaz de confiar no ambiente (pessoas e no mundo externo como um todo). Isso aconteceria pelo mesmo motivo: sua vivência não corresponde ao que lhe é imposto como realidade externa - o desmentido que lhe é apresentado como verdade - gerando confusão e desconfiança de sua parte em relação ao meio e aos outros. A partir dessa hipótese, podemos entender por que há falta de confiança e dificuldade de entrega do paciente traumatizado no processo de análise.

O caso de Maíra ilustra mais claramente a dificuldade de confiar no outro, típica do paciente traumatizado. Se lembrarmos do início de seu atendimento, podemos afirmar que não havia possibilidade alguma de minha paciente confiar em mim e no ambiente. Ela passou um mês inteiro comparecendo às sessões sem retirar seus fones de ouvido, evitando qualquer contato comigo, fosse visual ou pela fala. Penso que, porque eu pude suportar sua *necessidade* de estar no ambiente dessa forma, testando a confiabilidade e estabilidade, a minha e a do ambiente, Maíra pôde, da sua maneira e no seu tempo, abrir pouco a pouco espaço para estar comigo. Ao final de um mês de atendimentos, a paciente me deu o primeiro voto de confiança ao retirar um dos fones e se comunicar, mesmo que de modo rudimentar. Após esse movimento, inauguramos uma relação que sofreu inúmeras modificações, ora por uma aproximação extrema, ora por um afastamento aniquilante. Nossos encontros foram marcados por oscilações que refletiam seu sentimento de desconfiança por sentir-se ameaçada – assim, ela oscilava entre abrir espaço e entrar em contato comigo para, na sequência, imediatamente se esquivar, me atacar e romper nosso vínculo.

Maíra apresentava outra característica descrita por Ferenczi como pertencente à organização do paciente traumatizado: o medo de enlouquecer. A paciente tinha muito medo de se desorganizar e sofria de episódios de angústia extrema. Houve um episódio,

já citado na descrição do caso, em que a mãe de Maíra compareceu com ela na sessão para me relatar os medos da filha. A própria paciente havia lhe pedido que a acompanhasse, pois não conseguia me relatar suas angústias e pediu ajuda à mãe para isso. Seus medos eram sempre relativos à sensação de aniquilamento: tinha medo da morte, de enlouquecer, do elevador despencar e ela cair para sempre e morrer, de que não existisse nada além da morte, de que, se ela me contasse algo sobre esses medos, alguma coisa muito ruim aconteceria e, por fim, medo de que, se ela falasse algo, o mundo acabaria. Nessa época, a paciente acordava com terrores noturnos e não conseguia se acalmar sozinha, precisando da mãe para tranquilizá-la durante a madrugada. Esse comportamento regressivo denunciava sua necessidade de cuidados primários de acolhimento que, provavelmente, Maíra não pôde ter nos primeiros anos de vida.

Acredito que a paciente tenha passado por diversos traumas no início de sua vida, devido à impossibilidade de sua mãe estar bem para oferecer-lhe o acolhimento necessário. Podemos supor que essa falha tenha favorecido muitas clivagens narcísicas, tornando sua unidade *si mesmo* extremamente frágil e pouco unificada. Penso hoje que a ameaça do retorno da vivência traumática impedia Maíra de entregar-se ao processo da análise; ela não conseguia confiar em mim por muito tempo. Consequentemente, nosso relacionamento foi marcado por muitas rupturas e oscilações na qualidade de nosso vínculo; ora sendo extremamente próxima e colando sua personalidade na minha de forma adesiva, ora me repudiando e me atacando, buscando se diferenciar e se distanciar de forma agressiva.

Penso ser importante apontar para uma significativa observação sobre algumas características similares nos pacientes descritos aqui. Todos apresentaram, mesmo que apenas inicialmente, como no caso Pedro, desconfiança, insegurança e medo de entregar-se aos cuidados do outro. A partir dessa constatação, podemos compreender a necessidade de regressão à dependência desses pacientes. A possibilidade de, na relação transferencial com o analista, regredir a estados de dependência primários, significa apresentar uma esperança para esses sujeitos. Na regressão à dependência, o sujeito poderá reviver, ressignificar ou até mesmo inaugurar experiências na relação com o outro de modo a poder, a partir dessas boas experiências de confiança no outro e no ambiente, introjetar essa nova qualidade de relação. Acredito que esse processo descongelaria situações traumáticas vividas muito precocemente.

Ferenczi (1931) afirmava que a regressão à dependência seria necessária para a cura desses pacientes (traumatizados), assim como Winnicott posteriormente também postulou esta ideia, embora com algumas ressalvas à proposta ferencziana. A principal diferença da proposta winnicottiana seria a de defender que este processo regressivo à dependência deveria acontecer naturalmente e não a partir de uma busca ativa do analista de levar seu paciente à regressão.

Após essa exploração do trauma em Ferenczi, acredito termos as bases para compreender a origem do pensamento de autores da linhagem ferencziana¹⁶. Buscarei, a partir da noção de trauma em Ferenczi, investigar a importância das respostas ambientais e, conseqüentemente, da regressão à dependência, nos casos de pacientes traumatizados. Para isto pretendo seguir pelas ideias de Balint sobre o amor primário e a falha básica, bem como as de Winnicott acerca da constituição psíquica envolvendo a relação mãe-bebê, as necessidades do eu e suas propostas referentes à regressão. Acredito que seja importante explorarmos a temática da regressão à dependência para melhor compreendermos o alcance desse processo, suas qualidades terapêuticas, seus limites, os manejos possíveis e suas indicações.

A partir dos estudos da teoria ferencziana, bem como dos autores que, inspirados em seu pensamento, desenvolveram suas teorias sobre o desenvolvimento psíquico primordial, percebemos o lugar de destaque concedido ao ambiente. Este passa a ser um ponto de destaque na teoria dos autores da linhagem ferencziana; enfatizam a importância da *resposta* do ambiente¹⁷. Os três casos apresentados ilustram variadas formas de respostas ambientais que, conseqüentemente, resultam em desdobramentos diferentes gerando retraimento e interrupção no desenvolvimento psíquico e organizações patológicas distintas. Embora se configurem como quadros psicopatológicos distintos, compreendemos que, em todos os casos onde houver falha ambiental, a qualidade da relação transferencial com o analista será marcada por desconfiança e dificuldades de vinculação. É justamente a resposta do analista, na relação transferencial - sua empatia e capacidade de sentir com o paciente - que irá marcar uma diferença dessa experiência daquela vivida no passado. Desta forma, a regressão à dependência, quando ocorre, possibilita uma nova edição das vivências

¹⁶ Luís Claudio Figueiredo - Informação verbal: “Estratégias e táticas na condução dos processos de análise”, pós-graduação em Psicologia Clínica, PUC – SP, 2016.

¹⁷ Ambiente não se refere apenas ao espaço físico no qual o bebê é recebido; engloba tanto os aspectos físicos do meio circundante como as pessoas e objetos que recebem e acolhem esse bebê.

traumáticas da primeira infância para que o sujeito possa, pela primeira vez, experienciar o ocorrido em um ambiente seguro.

O capítulo seguinte será dedicado à exploração da teoria de Michael Balint. Alguns conceitos do autor como amor primário, ocnofilia, filobatismo e, principalmente, a falha básica e seus desdobramentos, serão norteadores desse capítulo. Balint pode ser considerado, segundo Figueiredo (2002), um dos autores da chamada “linhagem ferencziana”. Seus estudos se voltaram para a relação entre a mãe e o bebê nos primórdios da vida, buscando explorar a constituição desse par e as formas de vinculação que, conseqüentemente, o sujeito estabeleceria com os objetos. Sua contribuição nos ajuda a pensar o desenvolvimento e a qualidade dos vínculos nos primórdios da vida, as falhas vividas pelos pacientes traumatizados e as organizações patológicas que podem dar-se como consequência dessas experiências; sua teoria muito nos ajuda a pensar os casos apresentados nesse trabalho.

Capítulo 3 - BALINT: O AMOR PRIMÁRIO E A ÁREA DA FALHA BÁSICA

Balint desenvolveu seu pensamento e suas formulações teóricas sob a influência da obra de Ferenczi. Sendo assim, ressalta a importância da adaptação da família às necessidades da criança, buscando explorar as configurações primárias da mente e da constituição psíquica e entender as *necessidades*¹⁸ dos pacientes, sempre partindo de sua experiência clínica para a construção de sua teoria e desenvolvimento de suas ideias.

Iniciamos a apresentação do pensamento do autor partindo de seu estudo acerca das emoções vividas pelos sujeitos no início da vida e suas vicissitudes.

3.1 Amor primário: emoções fora do vértice da oralidade

Balint (1959) busca entender algumas necessidades inerentes ao humano que parecem não ter relação apenas com certa cultura ou educação desse ou daquele povo; acredita que algumas delas são universais e têm suas raízes na mais tenra infância, nos primórdios do desenvolvimento psíquico.

Seu interesse pelo que poderíamos chamar de desenvolvimento primário o leva a questionar alguns postulados teóricos psicanalíticos como, por exemplo, o uso indiscriminado do adjetivo “oral” para a descrição de tudo o que seria primário. Segundo o autor, até então, para a maior parte dos estudiosos em psicanálise, o termo fora usado para abarcar uma área extensa e complexa, o que, em sua concepção, acabava por deixar aspectos importantes do desenvolvimento primário sem a devida exploração e distinção, negligenciando a necessidade de enriquecer a compreensão dos fenômenos que ocorrem desde muito cedo e primitivamente na vida dos bebês.

Quais seriam então os fenômenos de outras esferas que não estariam sendo considerados quando tudo é classificado como pertencente à fase oral? Balint (1959) cita alguns: sensação de calor, barulhos e movimentos ritmados, murmúrios e sussurros, os impressionantes efeitos dos sabores e cheiros, o contato corporal, a sensação muscular e tátil - especialmente das mãos. Para o autor, todos esses fenômenos têm o poder inegável de provocar ansiedades, desconfianças, contentamentos, além de uma solidão terrível e desesperadora. Propõe-se então a estudar “as atitudes primitivas em

¹⁸ A noção de necessidades será mais bem explicitada adiante neste mesmo capítulo.

relação ao mundo em geral e, em particular em relação ao terapeuta, uma vez que elas se desenvolvem sob o impacto da situação psicanalítica. Estes fenômenos são geralmente descritos sob o título de regressão” (BALINT, 1959, p.13)¹⁹.

Para justificar seu interesse e estudos aprofundados nessa temática, apresenta ao leitor dois casos, de forma bastante resumida, de modo a exemplificar suas conclusões a respeito das formas gerais de funcionamento psíquico. A partir de sua experiência clínica, chega então a um agrupamento de dois tipos extremos - o paciente que necessita estar *ligado* aos objetos e aquele que necessita estar *afastado* dos objetos. O caso que ilustra o primeiro tipo é de uma mulher extremamente vinculada a pessoas/objetos, necessitando deles para viver. A segunda paciente, citada como exemplo oposto, nunca quis ter uma casa e não tolerava ter pertences que precisasse carregar consigo – buscava manter uma distância das pessoas e dos objetos, mesmo que, para tanto, fosse necessário ser gentil e agradável com todos, não despertando vínculos e dependências fortes, seja por amor ou ódio.

Interessante o ponto de partida de Balint (1959) - no capítulo “*Funfairs and Thrills*”²⁰, do livro *Thrills and Regressions*, de modo a esclarecer suas ideias acerca das emoções e vivências primárias que, para ele, coexistem com os fenômenos da oralidade, traz situações da vida cotidiana, exemplificando suas constatações relativas à necessidade de mudança do uso do termo *oral*. Fala sobre feiras e parques de diversão, repletos de atrações e brinquedos, destacando que existem em todo o mundo e, por isso, certamente devem corresponder e atender a alguma necessidade humana essencial, qual seja, oferecer uma quebra na rotina e uma ruptura com a vida cotidiana de obrigações, disciplina e trabalho. Para evidenciar sua afirmação, o autor apresenta uma lista de *prazeres* que as pessoas encontrariam tradicionalmente nesses locais: a) prazer de comer; b) prazeres ligados à agressividade (atirar objetos, quebrar, esmagar, bater, etc.); c) prazeres ligados à tontura, vertigem, perda de estabilidade (balanços, roda-gigante, montanha-russa, etc.); d) vários shows semelhantes aos de circos e teatros, porém, mais primitivos e brutos; e) jogos de sorte, sejam os declarados como tal ou disfarçados de jogos de habilidades, tendo as chances majoritariamente contra o jogador e os prêmios não correspondendo ao investimento feito; f) adivinhos ou videntes; g) por último, as

¹⁹ Tradução minha do texto original: *Our study will be focused on the primitive attitudes towards the world in general, and towards the therapist in particular, as they develop under the impact of the psycho-analytical situation. These phenomena are usually described under the heading of regression* (BALINT, 1959, p.13).

²⁰ *Funfairs and Thrills* se traduziria em português como Feiras-de-diversão e Excitações; a palavra *thrills* pode significar: arrepios, vibrações, emoções, frêmito, tremor.

máquinas caça-níqueis oferecendo *peepshows*²¹ ou jogos de sorte. A lista é extensa, mas o autor escolhe explorar apenas os três primeiros tipos de prazeres descritos, em especial, os que envolvem vertigens e tonturas.

O primeiro grupo de prazeres refere-se ao tipo de *alimento* comumente comercializado nas feiras e nos parques de diversão; em geral, guloseimas e doces – trata-se, segundo o autor, de um “banquete de caráter *primitivo*”. O segundo grupo envolve jogos de *agressividade*, como tiro ao alvo, jogos de teste da própria força ou até de pura destruição. Um exemplo seriam os desafios nos quais o sujeito arremessa objetos contra outros objetos quebráveis (como pratos) para ver quantos consegue destruir.

Balint (1959) ressalta que a psicodinâmica desses dois grupos de prazeres pode ser explicada e descrita, até certo ponto, pelos termos e conceitos psicanalíticos já existentes – ambos oferecem oportunidades para *regressão*, o que, em outras palavras, quer dizer que eles oferecem satisfação num nível também *primitivo*: o primeiro grupo para a pulsão oral e o segundo para a pulsão destrutiva ou agressiva (o que nos remete à fase anal em Freud ou à fase sádico-oral e sádico-anal em Klein).

Se vistas por essa perspectiva, as feiras e os parques de diversão podem ser considerados válvulas seguras de escape para emoções reprimidas e impulsos instintivos que, em adultos civilizados e bem-educados, precisam se manter insatisfeitas, mas para as quais são oferecidos escapes periódicos em um nível primitivo dentro de limites seguros (BALINT, 1959, p.20).

Retomando a ideia de que a terminologia psicanalítica disponível até então não abarcaria todas as *experiências primárias*, Balint (1959) aponta uma característica essencial do segundo grupo que não se pode descrever tão facilmente pela terminologia “oral”. No grupo dos jogos agressivos e destrutivos, o sujeito não só deve liberar sua agressividade, que é aceita e aprovada pelo ambiente, mesmo que ele o destrua no processo, como é recompensado por isso, inclusive, quanto mais agressiva e destrutiva for sua performance, maior será sua recompensa. “Expresso em termos psicológicos, isso significa que o ambiente não só se dispõe a tolerar a agressividade e destruição oferecendo oportunidades para que elas sejam exploradas, mas, de certa forma, se regozija com o indivíduo em sua própria destrutividade” (BALINT, 1959, p.21).

²¹ Um *peep show* ou *peepshow* é uma exibição de fotografias, objetos ou pessoas visualizadas através de um pequeno furo ou lupa.

Podemos observar, nesse momento, que Balint nos guia a uma constatação interessante - essa resposta do ambiente, de tolerância e incentivo à expressão da destrutividade, seria uma *relação de objeto atípica*, segundo o autor, pois, se pensarmos no que já se estudou até então sobre as relações sujeito-ambiente, o ambiente responderia de forma oposta, retaliando o sujeito. Por que buscaríamos então esse tipo de entretenimento oferecido nos parques?

O autor passa a investigar o que existe nessa dinâmica incomum que é *necessária* ao sujeito, voltando a explorar prazeres e emoções experimentados nas feiras e nos parques de diversão. Retoma a *permissão para a agressividade e destrutividade* por parte do ambiente, que não só não resiste, como se oferece voluntariamente como alvo, destacando que se trata de dinâmica bastante atípica e lembrando que não há, na terminologia psicanalítica, um termo que acomode essa relação de objeto. Portanto, sugere o uso de um conceito desenvolvido anteriormente por ele para entendermos essa dinâmica atípica: o conceito de *amor primário*.

O que seria o amor primário? Para Balint (1937), seria a primeira forma de relação do bebê com o mundo; ou seja, diz respeito ao par mãe-bebê. Trata-se de um conceito desenvolvido pelo autor para se referir a uma relação inicial em que apenas um dos parceiros poderia demandar e reivindicar; o outro deveria se abster de interesses, desejos e exigências próprias. Há no amor primário, e deve haver, uma completa harmonia e identificação de desejos e satisfações com as exigências e prazeres do indivíduo.

Para o autor, o amor primário ocorre muito cedo na vida, e as relações futuras de objeto poderiam ser sempre referidas a ele. Essa relação objetual primária não estaria ligada a nenhuma zona erógena, tendo em sua base a interdependência bebê e sua mãe. Como já dito, nessa relação deve haver perfeita harmonia e identificação de desejos: cada um se satisfaz por meio do outro sem a necessidade de recompensá-lo. Como é de se imaginar, essa relação de mutualidade será interrompida logo cedo pelo ambiente, uma vez que sua sustentação requer um estado simbiótico entre a dupla que não pode permanecer por um tempo prolongado. Caso isso acontecesse, poderia levar a criança a um estado de incômodo, de descontentamento, a uma avidez insaciável e a manifestar desejos de manter-se “agarrada” (base para o conceito de ocnofilia desenvolvido por ele posteriormente, o qual abordamos adiante).

Quando essas necessidades primárias são satisfeitas, no entanto, a dupla vivencia um estado de tranquilidade e bem-estar. Nesse ponto, o autor afirma que essa seria a

primeira relação do bebê – o amor primário, a relação com o objeto mãe. Mas, por ser indiferenciada, não poderíamos chamá-la de *relação* com um objeto externo: os dois se encontram misturados. A satisfação de um é a satisfação do outro²².

Retomando o exemplo dos parques de diversão, Balint (1959) ressalta que a *satisfação* do ambiente que está sendo destruído pelo indivíduo, a ponto de oferecer recompensas por isso, serviria como um exemplo para sustentação da sua teoria do *amor primário*. Vistos dessa forma, esses locais ofereceriam possibilidades de *regressão limitada* a essa fase inicial do relacionamento humano (fase do amor primário). Estaríamos então diante de uma situação artificial e controlada que promove, mesmo que apenas parcialmente, a regressão a estados primários semelhantes à fase do *amor primário*.

Embora a regressão limitada pareça ser algo positivo para o sujeito, uma vez que permite a exploração de instintos muitas vezes reprimidos, devemos considerar que essa possibilidade de regressão pode gerar diferentes respostas nos sujeitos. Balint (1959) cita algumas formas de experimentação desse estado: enquanto alguns se deleitam e se excitam com essa possibilidade, outros não têm qualquer interesse, ficam entediados ou até enjoados com a ideia. Alguns podem até tentar experimentar isso de forma tímida, mas seu retraimento os inibe de usufruir da experiência; outros ficarão apreensivos ou amedrontados e acabarão por desdenhá-la. Essas diferenças serão exploradas mais adiante, quando abordarmos os *tipos de sujeitos* e suas organizações a partir de suas relações de amor primário.

Mas voltemos às emoções experimentadas nos parques e feiras. Balint (1959) afirma que o terceiro grupo a explorar – o das vertigens – seria o mais complexo e difícil de explicar utilizando o referencial teórico disponível até então. Esse grupo incluiria os balanços, rodas-gigantes, montanhas-russas e todos os brinquedos ligados à experiência de vertigem e tontura. O autor entende que essas situações suscitam um tipo específico de ansiedade que inclui *perda de equilíbrio e de estabilidade*, ou seja, a perda do contato com o solo estável. Observa que as respostas das pessoas a essas situações são instintivas e parecem ser um reflexo de algum tipo: agarram-se a algo firme ou, quando a ansiedade é maior, pressionam seu corpo todo contra um objeto seguro.

Ressalta então as características marcantes e presentes em todos os divertimentos e prazeres desse terceiro tipo, sendo que, segundo ele, existiriam três

²² Isso nos remete a Winnicott e suas considerações acerca da adaptação da mãe às necessidades do bebê, aspecto que abordamos no capítulo dedicado ao autor.

atitudes características observáveis: a) certa quantidade de medo consciente, ou, pelo menos, alguma consciência de perigo externo real; b) uma voluntária e intencional exposição de si mesmo a esse perigo externo e ao medo provocado por ele; c) alguma esperança de que o medo possa ser tolerado e dominado, de que o perigo vai passar e será possível voltar ileso para a segurança. Esse misto de medo, prazer e *confiança esperançosa* diante de um perigo externo compõe os elementos fundamentais de todas as emoções²³ (*thrills*). O novo, a novidade, constitui uma forma de prazer, como ocorre quando experimentamos novos tipos de comidas, de costumes e de “perversões sexuais”.

Segundo Balint (1959), encontramos em todos esses fenômenos os três fatores fundamentais descritos acima, em síntese: o perigo externo real dando origem ao medo, a exposição voluntária e intencional a esse perigo e a esperança confiante de que tudo acabará bem no final.

Podemos relacionar a compreensão dos processos envolvidos nesses fenômenos com as situações que os pacientes nos apresentam e nos convidam a viver com eles. A possibilidade de experimentar estados regressivos e dependentes com o analista remete à descrição de Balint sobre os fatores fundamentais encontrados nos *thrills*: os pacientes buscam uma situação perigosa, sentem certo medo diante dela, mas se expõem voluntariamente; isso tudo, buscando satisfazer sua esperança confiante de que tudo acabará bem. Assim, traduzem em atos a esperança de um novo desfecho para suas experiências traumáticas

Se pensarmos na forma como as crianças expressam essas necessidades e como se organizam para experimentar essas emoções, chegaremos, necessariamente, em algumas brincadeiras comuns na infância, que, segundo Balint (1959), refletem outro grupo de emoções (em geral muito mais primitivas). Trata-se da necessidade de um ponto de *segurança*, um lugar que chamam de “casa” ou “lar”, o que remete ao que ele considera a “mãe segura”, simbolizando então o retorno aos cuidados maternos. Alguns exemplos de jogos que possuem o ponto seguro de retorno são: pique-pegas, pique-esconde, pique-bandeira (sendo o *pique*, o porto seguro, a mãe), polícia e ladrão, queimada, etc. Todos possuem as seguintes características: a) um perigo externo, representado por um pegador, um perseguidor ou caçador; b) o afastamento dos

²³ Título do livro de Balint (1959): “*Thrills and regressions*”. A tradução para português seria: Emoções e regressões - emoções representam, neste texto, o conceito de *thrills*, que seria uma emoção súbita de excitação, relativa à ideia de aventura.

jogadores da zona de segurança, a “casa”, aceitando exposição ao perigo voluntariamente; c) a esperança confiante de que, de alguma forma, os jogadores irão encontrar/estar em segurança novamente (BALINT, 1959).

Após explicitar as características de todo o brincar que envolve risco e esperança do sujeito em conseguir resolver a situação perigosa, Balint (1959) menciona novos exemplos: os profissionais que são pagos pelas suas habilidades para *gerar emoções* nos espectadores - acrobatas, trapezistas, equilibristas, domadores de animais, malabaristas, contorcionistas, etc. Como observado pelo autor, as emoções que os espetáculos desses profissionais nos causam aumentam gradativamente e proporcionalmente conforme a distância que eles mantêm de seu estado de *segurança* – geralmente, à medida que eles se afastam do *chão/terra*. Novamente, o autor aponta que as emoções envolvidas nessas experiências ainda não foram estudadas e que a terminologia “oral” não serve para explicá-las. Acredita, então, ser necessário explorar a área primária e suas muitas esferas e fenômenos vivenciados tão cedo pelo bebê.

Para tanto, propõe uma nova abordagem e cria dois novos termos técnicos - *ocnofílico* e *filobata*, de modo a possibilitar a exploração das emoções que não se circunscrevem e não se limitam ao vértice da oralidade. Balint (1959) explica que criou esses conceitos com base em termos gregos – a palavra “acrobata” significa literalmente “aquele que anda nas pontas dos pés”, longe da *mãe terra segura*, e *filobata* descreve aquele que desfruta dessas emoções, do qual derivaria o adjetivo *filobático*, para descrever os prazeres e as atividades, e o substantivo abstrato *filobatismo*, para descrever todo o campo. Para descrever o outro tipo de sujeito, propõe, em contrapartida, a palavra *ocnofilia*, derivada de um termo grego que significa encolher, hesitar, agarrar-se e se segurar para trás. Oposto do *filobata*, trata-se do sujeito que não suporta balanços e montanhas-russas e prefere se agarrar a algo firme quando sua segurança está em perigo. Desse conceito derivam os adjetivos *ocnofílico* e o substantivo abstrato *ocnofilia*.

3.2 Mundo Filobático e Mundo Ocnofílico

Balint (1959) apresenta o ponto chave para a compreensão de seus novos conceitos e, penso, também para a compreensão de sua teoria acerca do amor primário e da falha básica: essas duas necessidades envolvem o *afastamento e o retorno para a*

segurança. Os prazeres experimentados em qualquer uma dessas situações são muito primitivos e, a princípio, parecem evidentes, nos levando a crer que não seriam necessárias maiores explicações para sua compreensão. No entanto, como dito anteriormente, não são todos os sujeitos que podem usufruir desses prazeres igualmente.

Ao pensarmos nessas necessidades primitivas, características de momentos regressivos, nos indagamos: qual seria o mais primitivo dos dois? Qual emoção precederia a outra - o filobatismo ou a ocnofilia? Considerando o momento inicial, em que o bebê suga o seio, agarrando a mãe para somente depois permitir que se afaste, poderíamos concluir que a ocnofilia precede o filobatismo. No entanto, para o autor, não podemos afirmar isso, pois não sabemos se o movimento de se afastar do seio existe anteriormente, uma vez que, em muitos casos, a mãe precisa ensinar seu bebê a sugá-lo nas primeiras mamadas - o que sabemos é que ambos, filobatismo e ocnofilia, são primitivos.

De modo a apresentar e explorar ambos os conceitos, Balint (1959) discorre inicialmente acerca da *necessidade de segurança* presente mesmo nas situações filobáticas – nelas, o sujeito sempre agarra e mantém em suas mãos um objeto, por exemplo: o equilibrista segura o bastão; o domador de leões, o chicote; o maestro de uma orquestra, sua batuta, etc. Isso nos leva a supor, mais uma vez, que a ocnofilia precederia o filobatismo. Aqui, Balint aponta para um detalhe curioso: as atividades de risco que causam emoção no espectador são mais valorizadas quando os profissionais envolvidos deixam de usar as mãos, ou seja, quando *não se agarram a nada* - quando se seguram pelos pés ou dentes durante as acrobacias, soltam rédeas de cavalos, o guidão das motocicletas ou entram em jaulas de animais sem chicote. Podemos também pensar em exemplos ilustrativos na vida de qualquer pessoa: a tentativa de ficarmos em pé numa roda-gigante (ou qualquer brinquedo), sem nos segurarmos ou nos apoiarmos no assento, ou, ainda, de soltarmos o guidão da bicicleta, uma vez que aprendemos a guiá-la com alguma segurança.

Balint (1959) compara então esse traço ocnofilico às características do objeto transicional de Winnicott; este, geralmente, é apertado, prensado ou abraçado pela criança. E conclui que a necessidade de segurar algo ou agarrar-se a algo é mais primitiva e mais geral do que a necessidade de sentir-se independente. Os objetos aos quais nos agarramos inicialmente – os objetos ocnofilicos – parecem ser, portanto, em primeira instância, símbolos de *segurança*, ou seja, a *mãe amorosa e segura*.

Na sequência, o autor apresenta suas observações sobre o funcionamento filobático. Primeiramente, destaca que o sujeito está sozinho e sem qualquer suporte, *podendo contar apenas com seus próprios recursos*. Se o filobata não quer estar em contato com os objetos e prefere a independência (busca uma autossuficiência), podemos pensar que busca ser/sentir-se poderoso e corajoso. Uma imagem que reflete essa atitude seria a de um sujeito ereto (em pé) e que se sustenta *longe do chão* – tocando-o apenas com as solas dos pés. Em contraposição, temos o sujeito deitado ou rastejando no chão; ou seja, o estado não-ereto nos transmite a ideia de dependência e impotência - o bebê que precisa de colo, a criança pequena que engatinha, uma pessoa enfraquecida ou enferma, etc.

Essas observações sugerem que o filobatismo seria simbolicamente relativo à ereção e potência (remete ao fálico). Mas é difícil definir se seria um estado anterior e primitivo da genitalidade, ou, ao contrário, uma genitalização secundária e retrospectiva, na idade adulta, de uma função originalmente não-genital. “De qualquer forma, esta inter-relação explica o outro aspecto dos objetos aos quais o filobata se agarra, os quais chamamos de objetos ocnofílicos” (BALINT, 1958, p.29), já exemplificados anteriormente: chicote do domador de leões, bastão do equilibrista, batuta dos maestros, e ainda esquis dos esquiadores, espada ou arma do soldado etc. – todos são, indubitavelmente, variações simbólicas do pênis ereto (objetos fálicos). “Ter um objeto ocnofílico consigo também significa estar na posse de um poderoso pênis que nunca falha, magicamente reforçando a nossa própria potência, a nossa própria confiança” (idem).

Assim, a confiança derivada do poder fálico atribuído aos objetos ocnofílicos dá segurança ao sujeito para sentir-se confiante diante das vicissitudes nos estados filobáticos. “Deste ponto de vista, podemos dizer que as excitações filobáticas representam, de forma simbólica, a cena primária” (BALINT, 1958, p.29). Como seria esta representação de forma simbólica? De posse do pênis paterno, o sujeito poderia possuir o objeto de amor (mãe), incluindo-se na cena primária como agente e, dessa forma, buscaria um desafio no interdito. Podemos pensar que o sujeito filobata buscará fazer sublimações da realização da cena primária, de modo a obter prazer através de substituições simbólicas do coito parental do qual foi excluído na infância, dedicando-se a várias coisas perigosas (sublimação pela palavra e pelos movimentos motrizes). O filobata encara o ato sexual como um desafio: um voo e, na sequência, uma aterrissagem (retorno à segurança).

3.3 A Área da Falha Básica

Ao olhar para as vicissitudes da infância primária, no livro *A falha básica*, Balint (1968) busca diferenciar dois níveis do trabalho analítico que ocorreriam paralelamente: o edípico e um anterior a este, referido até o momento de seu estudo como pré-edípico, pré-genital e pré-verbal. Porém, o autor discorda dessas nomenclaturas por acreditar que não se trata de uma questão temporal; se assim o fosse, o nível pré-edípico se transformaria em edípico e, conseqüentemente, os processos mentais mais elaborados substituiriam o funcionamento mais primário da mente. Para Balint (1968), esse nível mais simples e primário permaneceria funcionando com certa independência temporal com relação ao nível edípico. Dessa forma, o autor afirma ser necessária uma terminologia adequada que defina esse nível considerando suas principais características.

Segundo a teoria balintiana, todas as coisas no nível edípico, relacionadas ou não a experiências genitais ou pré-genitais, ocorrem em uma situação triangular. Isso significa que, além do sujeito, existem, pelo menos, dois objetos paralelos envolvidos. Para ele, não se trata de limitar o conflito edípico às questões genitais e de triangulação entre o sujeito e mais duas pessoas. Essa triangulação pode ocorrer incluindo não apenas sujeitos, mas objetos também, como na esfera do erotismo anal e oral. Embora essas duas esferas sejam pré-genitais (oral e anal), a estrutura da relação as coloca na área edípica, por incluir o sujeito e (pelo menos) mais dois objetos paralelos. O autor enfatiza que esse nível anterior ao genital é mais simples e primário que o edípico e propõe chamá-lo de nível da *falha básica*; acentua que se trata de um nível em que pode ocorrer uma *falha*, e não de uma situação, posição, conflito ou complexo - como a edípica.

As principais características do nível da falha básica são: a) todos os eventos que nele ocorrem pertencem a uma relação exclusivamente bipessoal – não existe uma terceira pessoa; b) essa relação bipessoal é de uma natureza particular, completamente diferente das bem conhecidas relações do nível edípico; c) a natureza da força dinâmica que opera nesse nível não é a de um conflito, e d) muitas vezes a linguagem adulta pode ser inútil ou enganadora para descrever eventos nesse nível, pois nem sempre as palavras estão de acordo com seu significado convencional (BALINT, 1968, pp.40-1).

A falha básica seria um *nível de experiência* ou uma *área da mente* que resultaria da variedade de possíveis distúrbios da relação de objeto primária. A *origem* da falha básica poderia ser identificada como uma *disparidade*, nas fases iniciais do desenvolvimento do indivíduo, entre suas necessidades e os cuidados oferecidos – tanto o material, o psicológico e o de afeição. Isso criaria um estado de *deficiência* cujas consequências e estados posteriores seriam apenas parcialmente reversíveis.

Mas por que a escolha da palavra “falha”²⁴? Segundo relatos do autor, esses pacientes afirmam que há uma falha, ou uma falta neles que precisa ser reparada. Balint (1968) considera que, nesses casos, não há construção de um complexo ou um conflito e, portanto, o sentimento é de que algo ou alguém falhou ou foi omissos com o sujeito. O que aparece na relação transferencial é uma enorme ansiedade desses pacientes que demandam, desesperadamente, que o analista não repita as mesmas falhas com eles no presente. A comunicação clínica transferencial é de que essa falha, sentida como deficiência, precisa ser corrigida.

O adjetivo ‘básica’, em nosso novo termo, significa não apenas que está relacionado com condições mais simples do que as que caracterizam o complexo de Édipo, mas também que sua influência se estende amplamente, provavelmente por toda a estrutura psicológica do indivíduo, envolvendo em diferentes graus tanto a mente quanto o corpo (BALINT, 1968, p.45).

3.3.1 As vicissitudes da falha básica

O conceito de *amor primário* também estaria inerente à questão da falha básica; este seria a reinterpretação de Balint do que Freud chamava de *narcisismo primário*. O autor sugere a substituição dessa teoria freudiana, em que nenhum objeto existe no início da vida extrauterina, pela sua teoria do amor primário, na qual admite-se uma forma de relação de objeto imediata, primitiva ou primária.

Para o autor, o indivíduo nasce num estado de intensa relação com seu entorno/ambiente, tanto biológica como libidinalmente. Antes do nascimento, o *self* e o entorno estão misturados e interpenetrados e ainda não existem objetos definidos, apenas substâncias e/ou expansões sem limite. Dessa forma, o nascimento seria vivenciado como trauma, pois alteraria o equilíbrio, através de uma mudança radical do

²⁴ *Basic Fault* é o termo original em inglês e se traduz em português como *falha* ou *falta*. A tradução do livro para o português utiliza o termo *falha* e, por isso, este será mantido neste trabalho.

entorno que forçaria uma nova forma de adaptação, dando início à separação do indivíduo de seu entorno.

Os objetos, inclusive o ego, começam a emergir da substância e da ruptura da harmonia das expansões sem limite. Os objetos possuem - em contraste com as substâncias mais amistosas – contornos nítidos e limites claros, que desde então devem ser reconhecidos e respeitados (BALINT, 1968, p.82).

Frente a essa novidade, cabe ao ego organizar esses movimentos. Balint (1968) explica que a libido, portanto, não irá mais fluir livremente sem interrupções entre o id e o entorno, pois ela encontrará em seu fluxo objetos que irão gerar refrações e concentrações da libido. Na saída da situação intrauterina, o indivíduo descobre que o mundo é feito de objetos e não só de continuidades de si mesmo, como previamente sentia no útero. Essa descoberta deve se dar progressivamente, para que o bebê consiga organizar essa realidade internamente. É necessário então apresentar a ele um mundo feito de objetos com formas indefinidas e previsíveis, e não objetos absolutos, impositivos e, conseqüentemente, traumatizantes. A ideia é de que, inicialmente, o sujeito lida apenas com substâncias e deve, transicionalmente, passar a lidar com objetos “parcialmente substância parcialmente objeto”, para só depois ter de fato uma relação de objeto por excelência.

Isso ocorrendo, o sujeito se desenvolverá sem maiores complicações. No entanto, quando, em contraste com a situação anteriormente não perturbadora e harmoniosa, na relação com uma parte do entorno, a situação gerar desconforto ou dor dolorosa, a libido regressará ao ego iniciando e acelerando seu desenvolvimento. Trata-se de uma tentativa de *recuperar uma sensação anterior de unidade*, encontrada nos primeiros estágios de vida - de movimento *regressivo*. Balint (1968) frisa que essa parte da libido seria definitivamente narcisista, mas secundária ao investimento original do entorno – ou seja, dependeria da resposta do ambiente. Há na falha básica, portanto, a vivência de *descontinuidade no desenvolvimento do eu*.

Para nos ajudar na compreensão do conceito de “amor primário”, podemos recorrer à comparação que Figueiredo (2012) faz em seu livro *Balint em Sete Lições*. Nele, o autor explica a ideia de amor primário comparando-o ao que Winnicott denomina “narcisismo primário”.

Narcisismo primário em Winnicott corresponde a ‘amor primário’ em Balint e em ambos a suposição é de que haja relações de objeto desde o começo, embora o polo ‘mãe’ desta unidade, em Winnicott, seja

mais um ‘ambiente’ do que um ‘objeto’ no sentido estrito do termo. A mãe em Balint, mesmo na formação da unidade fundamental, comporta certa diferenciação diante do bebê, não sendo apenas ambiente de acolhimento, mas funcionando também como um ‘objeto’ relativamente ativo e, mais que tudo, duplamente libidinoso: já é uma fonte de prazer para o bebê e já faz do bebê uma fonte de prazer para si (FIGUEIREDO, 2012, p. 39).

Balint (1968) cita quatro *tipos de investimento libidinal da primeira infância*, sendo os três primeiros já conhecidos e estudados previamente por Freud e outros autores. Primeiro tipo: são os restos do investimento ambiental original que o bebê transfere para os objetos emergentes; o segundo: outros restos do investimento ambiental original, que o bebê retira para o ego como tranquilizadores secundários contra a frustração (investimentos narcisistas ou autoeróticos); o terceiro: o reinvestimento emanado do narcisismo secundário do ego. Por fim, apresenta o quarto tipo, resultante do desenvolvimento das estruturas ocnofílicas e filobáticas do mundo, pertencentes à falha básica.

Estes dois mundos, como visto anteriormente, representam organizações opostas relativas às formas de vinculação aos objetos. No mundo ocnofílico, o investimento primário adere aos objetos emergentes e com uma grande dose de angústia. Esses objetos emergentes são sentidos como seguros e tranquilizadores, enquanto os espaços entre eles são percebidos como ameaçadores e terríveis. Já no mundo filobático, o contrário acontece: os espaços e as expansões sem objetos retêm o investimento primário original - são áreas seguras e benéficas, enquanto os objetos se tornam perigosos e traiçoeiros.

A reação ocnofílica é a de prender-se aos objetos, introjetando-os, de modo que o sujeito se sinta seguro; consequentemente, sem os objetos, sente-se perdido e inseguro, portanto, superinveste suas relações objetais. Para o indivíduo, a vida está em um objeto e a morte em um não-objeto, ou seja, na ausência dele, no vazio. Ele procura num objeto a vida que perdeu - sensação que advém da experiência traumática de contato precoce ou intenso demais com os objetos reais. Em contrapartida, a reação filobata superinveste suas próprias funções do ego numa tentativa de manter-se sozinho e pouco ou nada dependente dos objetos. A morte estaria então nos objetos e a vida no não-objeto, no vazio e na ausência. A tentativa do indivíduo é de não precisar de objetos, que são então incluídos no circuito dos utensílios. Isso significa que terá relações e pessoas com as quais trocará.

Para Balint (1968), ambas são instâncias da falha básica. As reações ocnofílicas ou filobáticas seriam, então, defesas radicais contra a angústia. O autor acredita que é sobre esse fundamento que é construído o complexo de Édipo e, possivelmente, a área de criação.

Provavelmente, a ocnofilia e o filobatismo são instâncias da falha básica, e certamente não as únicas. É sobre esse fundamento que, por um lado, é construído o complexo de Édipo e, por outro, possivelmente a área de criação. Esta última poderia exigir, como um primeiro passo, uma regressiva *retirada dos objetos* considerados muito desagradáveis e frustrantes, para a mistura harmoniosa dos estados anteriores, seguida por *uma tentativa de criar algo melhor*, mais amistoso, mais compreensível, mais bonito e, acima de tudo, mais consistente e harmonioso do que demonstraram ser os objetos reais (BALINT, 1968, p.82, grifos do autor).

A tentativa de criar um mundo melhor é, muitas vezes, frustrada, pois a criação pode ficar pior do que a realidade do sujeito, que acaba então por substituir uma vivência angustiante por outra similar. Porém, ele não sabe que o fez por acreditar que qualquer criação sua é melhor do que a ameaça de lidar com a realidade, pois esta independe dele e está fora de seu controle – ele precisaria confiar no ambiente/entorno, o que, pela vivência traumática, não lhe é possível.

Aqui, remeto-me a Outeiral (2003, p. 65): “Nesses casos, a regressão do paciente na experiência analítica permite atingir a área da falha básica e, a partir dela, oferecer ao paciente a possibilidade de ‘recomeçar’, dessa vez, ampliando suas potencialidades e desenvolvendo novos métodos de lidar com suas dificuldades”. Mas o autor adverte: “Por outro lado, essa regressão vai requerer do analista uma mudança em sua técnica, de forma que sua conduta possa oferecer ao paciente regredido a adaptação necessária para que a falha básica instituída pelo trauma possa ser cicatrizada” (idem, p.66).

A seguir, retomo os casos clínicos deste estudo, buscando compreendê-los à luz das teorizações de Balint.

3.4 Pacientes de falha básica

Como vimos, Balint (1959) aponta para a dificuldade de estar numa relação com um paciente que ele nomeia de falha básica, pois é muito difícil ocupar esse lugar de

perfeita adaptação, uma vez que as necessidades pulsionais de um adulto, por mais regredido que este esteja, serão sempre muito mais complexas do que as de um bebê.

Tudo que se pode afirmar sobre o ambiente primário destes pacientes é suscitado pelo campo transferencial vivido por nós em análise. As falhas ambientais levam a traumas que são revividos de forma vívida na transferência. Podemos observar a diferença dessa possibilidade de entregar-se a cuidados e regredir à dependência no caso de Pedro; de fato, por ser uma criança pequena, houve maior facilidade para a instalação desse processo.

Em contraposição, Lucas buscava, através de seu isolamento e autossustentação, evitar os afetos e sentimentos decorrentes das relações de objeto; embora tivesse curiosidade sobre essas experiências, sua defesa radical o impedia de entrar em contato com elas. Há um momento do trabalho que esclarece essa hipótese - quando Lucas afirmou não saber se gostava de ir às sessões, estranhando o fato de não se reconhecer mais. Penso que, aqui, meu paciente evidenciava um misto de curiosidade pelo outro e medo de estar em companhia, sair de seu isolamento e talvez se conhecer, descobrir um Lucas que estava “apagado”.

Também Máira buscava evitação semelhante – dos afetos e sentimentos – mas se apresentava de forma contrária à de Lucas: enquanto ele se isolava em sua existência autossuficiente, Máira buscava “colar” nos objetos, atacando-os quando se sentia próxima e minimamente dependente deles; então, sua defesa era imediata e radical. No seu caso, diferentemente de Lucas, ela não evitava as experiências, mas tinha necessidade de aniquilar as sensações e os sentimentos que elas provocavam. Máira buscava anular a possibilidade de estar na experiência compartilhada, entrando em contato com o outro de forma a atropelá-lo, impondo seu ritmo, para, na sequência, esgotar a experiência o mais rápido possível, assim tentando evitar qualquer angústia. Penso então que ela estabelecia relações de modo avesso ao de Lucas, mas ambos o faziam com a mesma finalidade. O medo era o mesmo; o medo do vínculo afetivo - eles apenas se defendiam de modo diferente.

Já no caso de Pedro, podemos pensar que ele não foi vítima de uma falha básica mais precoce. Sua vida mental inconsciente se estruturou minimamente e ele pôde se integrar antes de vivenciar a ruptura traumática de continuidade do ser. Esta ruptura se refere ao nascimento de seu irmão e as consequências relativas às mudanças nos cuidados oferecidos pela mãe, pois a mesma se encontrava impossibilitada de carregá-lo e oferecer a ele a atenção habitual. Pedro sofreu uma mudança abrupta nos cuidados e

na forma de se relacionar com a mãe e esta mudança pode ser considerada como uma interrupção traumática, pois interferiu em seu desenvolvimento; na sua experiência de continuidade de ser. Houve, no caso desse paciente, possibilidade de regressão à dependência primária, de modo que ele pôde experimentar, nas sessões, uma boa sintonia comigo – por exemplo, nos momentos em que ele me submetia às suas ordens e aos seus desejos de cuidados primários, sendo ninado, alimentado e acalentado por mim, e ainda quando eu cuidava de seus ferimentos e o observava dormir. Penso que Pedro saiu de seu estado regressivo apenas quando ficou evidente que sua dependência não era mais tão necessária. O episódio no qual ele cozinhou para mim (macarrão e cerveja) ilustra bem o momento em que não estava mais regredido a estados primários, não demandando mais minha adaptação a estados regressivos e dependentes - não estávamos mais numa relação de amor-primário, em que eu precisava me adaptar completamente às suas necessidades e aos seus desejos, enquanto os meus precisavam estar ausentes da relação; já podíamos nos relacionar como dois sujeitos separados, caminhando para uma relação triangular e não mais bipessoal.

Se compararmos essa experiência de Pedro à de Maíra, há mesmo uma grande diferença. Transferencialmente, Maíra me transmitia a necessidade de estar numa relação extremamente próxima e dependente; mas, assim que eu satisfazia parcialmente suas necessidades, me adaptando a elas, surgia uma nova necessidade, ou uma intensificação da sua necessidade anterior. Era como se, na relação comigo, existisse sempre uma avidez insaciável. A impressão que eu tinha era de que Maíra fazia um movimento de vir a meu encontro (encontro com o objeto), mas, mesmo que eu a atendesse, rapidamente atacava nosso vínculo por sentir-se ameaçada, o que a impossibilitava de estar verdadeiramente comigo. Era como se precisasse que nós duas nos mantivéssemos numa relação isolada de tudo (simbiótica), e como isso não era completamente possível, Maíra rapidamente antecipava sua angústia de separação e aniquilava o vínculo comigo, tornando nossos encontros marcados por aproximações tímidas, seguidas de um movimento agressivo, numa busca ávida por contato adesivo, quase simbiótico e, logo em seguida, um afastamento abrupto ou um ataque a mim para romper esse princípio de vinculação. Possivelmente, essa dinâmica explicitava, como uma repetição, a relação traumática vivida no início de sua vida. Ela ensaiava comigo se aproximar para poder estabelecer uma relação de objeto (amor primário) diferente da vivida com sua mãe, mas o medo de reviver angústias tão primárias a levava a defender-se rapidamente. Podemos pensar que, a situação humana da qual Maíra nasce é

impossível. Ela tem um *vínculo impossível*, mas continua procurando estabelecer algum vínculo. Acredito que ela pôde sentir que havia ali, comigo, um campo de possibilidades que começou a se abrir. A cada primórdio de organização acontecia um novo colapso de desorganização. Fico me perguntando como comunicar a esse tipo de paciente a natureza da falha básica que ele sofreu? Essa dúvida surge por se tratar de uma proposta delicada: devemos informá-lo, de forma a não retraumatizá-lo, mas, no sentido de tirar dele a responsabilidade absoluta por suas dificuldades. Hoje penso que seria necessário contar a ela que ela não é produto de si mesma, mas fruto de um ambiente falho. Acredito que eu precisaria oferecer a Maíra uma narrativa essencial onírica a respeito de sua existência.

Em relação à busca por situações perigosas, conforme apontamentos de Balint, temos: Maíra e sua solicitação durante o jogo *Jenga* para que eu sustentasse a torre que, claramente, corria o risco de desmoronar, apostando em mim e confiando que eu pudesse salvá-la dessa ameaça. Lucas, por sua vez, apresentava um enorme medo de elevadores e buscava sempre se preparar para sobreviver a situações-limite - por isso, sua fascinação pelos programas do *Discovery Channel*. Em seus relatos, ele me transmitia seu medo de não poder contar com ninguém para lidar com isso. Penso que ele me narrava essas situações para que eu testemunhasse seu suposto êxito em não depender de ninguém. No entanto, pouco a pouco, fomos estabelecendo uma vinculação, o que o assustava e gerava estranhamento de sua parte. Por não ter ainda estabelecido uma relação suficientemente confiável comigo, que possibilitasse sua regressão à dependência, Lucas pôde apenas me narrar, nas entrelinhas, seus medos, seus ensaios de aproximação e trazer, de forma bastante camuflada, seu desejo de que algum dia pudesse acessar essa esperança confiante de que tudo acabaria bem no contato com o outro.

Já no que se refere à necessidade de retorno a um porto seguro, à “casa” ou ao “lar” simbolizando os cuidados maternos, penso que as brincadeiras e encenações propostas por Pedro nas sessões são um bom exemplo dessa dinâmica. Lembro-me de uma delas - Pedro propunha que eu invadissem sua casa enquanto ele dormia, rompendo seu estado de tranquilidade, o que lhe gerava irritação; então, eu deveria voltar para a minha casa e esperar por seus ataques vingativos. Ele conseguia me destruir e na sequência retornava para sua casa, onde, repentinamente, eu não conseguia mais entrar, pois ele fechava a porta para depois me punir. Com isso, seu lar se transformava em um lugar seguro e, mesmo quando invadido, meu paciente tinha algum controle sobre ele.

É interessante e simbólico pensar que, no início de seu movimento regressivo, Pedro brincava de ser um bebê tigre ferido na floresta, que havia se perdido e precisava ser encontrado por sua mãe (eu), para levá-lo de volta para casa e lá materná-lo devidamente, cuidando de sua patinha quebrada. Segundo Pedro, só assim ele recuperaria suas forças e poderia seguir com a vida. Essa encenação foi repetida diversas vezes: o tigre se encontrava ferido no chão e chorando, sua mãe precisava desbravar a floresta até encontrá-lo e levá-lo no colo de volta para a casa. Assim que melhorava, Pedro apresentava outras necessidades como a de alimentação, carinho, sono assistido e outros diversos cuidados maternos.

Pensando então nos casos apresentados neste trabalho, podemos levantar a hipótese de que os três pacientes seriam sujeitos de falha básica, embora em níveis diferentes, visto que o ambiente, no início da vida, não pôde adaptar-se às suas necessidades, cabendo a eles organizarem-se defensivamente contra as vivências traumáticas precoces, invasivas ou de desamparo. Como foi abordado anteriormente, essa relação, por estar localizada no período “pré-edípico”, não é triangular, e sim da ordem do bipessoal. São relações elementares, como a do bebê e sua mãe, e é por isso que Balint usa o termo “básico”.

No caso do paciente Lucas, a interrupção prematura e abrupta do tratamento não possibilitou que ele chegasse a acessar o pedido de que o analista não falhasse de forma alguma com ele. No entanto, as falas do paciente sobre não saber mais quem ele era e seus constantes desejos de isolamento e autossustentação (ermitão) evidenciavam sua necessidade de reparo e de acolhimento. Antes da análise, Lucas sentia-se bem ficando só e, de repente, viu que era bom estar com alguém. É como se ele pensasse consigo mesmo: “Afinal, quem eu sou? Um filobata ou um ocnofílico?”.

Uma situação menos traumática e, talvez por isso, mais possível de ser trabalhada, pôde ser observada no atendimento de Pedro. Ele conseguiu solicitar, em seu movimento regressivo, cuidados maternos que foram perdidos no início da vida devido ao nascimento do irmão.

O caso de Maíra ilustra, mais explicitamente, essa demanda de que o analista não repita as mesmas falhas vividas no passado, de modo que, no presente, elas possam ser corrigidas. Quando a paciente anunciou, durante o jogo *Jenga* (após os primeiros meses de atendimento), que eu *deveria dar conta* de sustentar a torre que ameaçava cair, traduzia no jogo sua demanda de reparo e amparo. Ela afirmava, repetidas vezes, que eu *precisava* apoiá-la, *sustentando* tudo aquilo - havia ali um pedido de ajuda; uma

tentativa de apostar em mim e de confiar no outro. O problema era que, em seguida – pela interrupção normal do processo por conta de férias, pelo passar dos dias, pelas vicissitudes do atendimento clínico – Maíra passava a atacar a possibilidade de vínculo e, por medo de reviver a situação de falha, se fechava em si mesma, isolando-se e mantendo-se inatingível como um filobata. Este caso se diferencia dos demais pela oscilação constante entre estados extremos – ora remetia à ocnofilia, mantendo-se absolutamente colada e temerosa de nosso afastamento, ora se isolando e evitando qualquer contato comigo e com os outros, remetendo às necessidades do filobata.

Penso que um exemplo claro do desdobramento traumático de falha básica encontramos no paciente Lucas – ele claramente evitava se vincular a objetos, isolando-se e superinvestindo em si mesmo; com isso, evitava angústia. A vinculação o remetia ao trauma, à morte que se encontra nos objetos. Isso ficou evidente no episódio do elevador, quando se assustou ao perceber que temia por minha saúde e minha vida.

Poder se aproximar, regredir à dependência parece, nesses casos, extremamente ameaçador e, por isso, difícil de se conseguir. Acredito que levaria um longo tempo para que Lucas pudesse confiar em mim a ponto de entregar-se aos meus cuidados. De qualquer forma, não vejo outra saída para sua organização defensiva – tão rígida e extrema – que não o colapso dessas defesas, frente a uma oferta de acolhimento absoluto de dependência, de modo que pudesse, então, entrar em contato com vivências não inscritas, não lembradas, apenas vividas, e assim significá-las, inaugurar outras e introjetar, via relação transferencial-contratransferencial, boas experiências de relação objetual. Penso que essa mudança não seja possível totalmente, mas parcialmente, já que descongelaria a organização traumática do sujeito, viabilizando a descoberta de formas de vinculação menos patológicas e angustiantes. Ou seja, para qualquer grau de mudança e melhora, seria necessária a regressão à dependência na relação com a analista.

Capítulo 4 - WINNICOTT: FALHAS AMBIENTAIS E SEUS DESDOBRAMENTOS NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA

Em toda sua obra, Winnicott (1945) enfatiza a importância de o ambiente, representado primordialmente pela mãe, adaptar-se às necessidades do bebê, em especial nos momentos iniciais da vida. Nesta perspectiva, destaca que as patologias seriam respostas (organizações defensivas) às falhas ambientais e às interrupções no processo natural de amadurecimento do sujeito. A abordagem clínica do autor está intimamente vinculada a sua teoria acerca desse processo, de modo que o *setting* deverá reproduzir a maternagem da primeira infância, sendo então função primordial do analista a oferta de *holding* a seus pacientes.

Considerando esta perspectiva, busco então neste capítulo retomar teorizações de Winnicott a respeito do desenvolvimento emocional primitivo, de modo a contribuir no entendimento dos desdobramentos de possíveis falhas ambientais vividas pelos pacientes aqui descritos e ampliar a questão da regressão no processo analítico.

4.1 Teoria do desenvolvimento emocional primitivo

Para compreendermos a teoria do desenvolvimento emocional primitivo, é importante iniciarmos com a seguinte consideração: na perspectiva winnicottiana, o ambiente é um conceito, e muitas vezes designa particularmente a mãe e toda sua disponibilidade para com o bebê – trata-se de uma unidade fusional que, sustentada pela identificação primária, possibilitará o amadurecimento.

O autor utiliza a palavra ambiente em diversas situações e com muitos significados distintos - ora enfatiza o ambiente que recebe o bebê, o ambiente pré-existente à vida, e ora refere-se ao ambiente interno, seu meio ambiente pessoal. Mas deixa claro o fato de que as condições são oferecidas ao indivíduo por uma *pessoa* com ele envolvida, preferencialmente, a mãe. E quando, a partir de condições favoráveis, o indivíduo consegue criar condições próprias de sustentação devido à incorporação dos cuidados maternos, pode ser visto como um sujeito em crescimento, rumo à independência, possuidor de um meio ambiente pessoal. Ao contrário, quando o ambiente falha em oferecer condições favoráveis para atender às *necessidades do indivíduo*, não permitem o desenvolvimento global.

Podemos observar então a estreita relação entre o ambiente e o sujeito que cuida do bebê como representante do meio. Inicialmente, esse ambiente é a mãe, e seu papel é da maior importância. A mãe não precisa se preocupar intelectualmente em ser suficientemente boa - basta existir e amar o bebê de uma maneira que este possa compreender o seu amor. Winnicott acredita que a percepção objetiva do ambiente pelo bebê não se dá gratuitamente ao nascer, sendo alcançada à medida que seus recursos primitivos amadureçam: “(...) o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação”. E adverte: “Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses, possibilita à criança concretizar seu potencial” (WINNICOTT, 1965a/1994 p.81).

Para o autor, os conceitos de espaço interno e mundo interno não são sinônimos, pois não se referem à mesma coisa. Assim, o primeiro possibilita a construção do mundo interno, sendo que, para isso, primeiramente, contribuem as experiências pulsionais do indivíduo, que independem do lugar e da cultura em que ele vive. Em segundo lugar, há a contribuição dos objetos incorporados, que podem ter sido mantidos ou eliminados pelo bebê. Segundo Winnicott, o mundo interno do indivíduo é construído de três formas: 1) experiências pulsionais; 2) coisas incorporadas, mantidas ou eliminadas; 3) relações totais ou magicamente introjetadas. Sobre este último tipo, ele afirma:

O terceiro é essencialmente pessoa, pertencendo ao indivíduo na situação real, incluindo acontecimentos com aquela mãe, babá, tia reais, naquela casa, cabana, tenda reais, com a realidade que se apresenta. A ansiedade, o mau humor e a falibilidade da mãe deveriam aí ser incluídas aqui, da mesma forma que a maternagem suficientemente boa comum. O pai entra indiretamente como marido e diretamente como mãe-substituta (WINNICOTT, 1954b p. 451).

Nesta perspectiva, os cuidados oferecidos pelos pais deveriam ser uma resposta às tendências inatas da criança, enquanto a responsabilidade pelo seu desenvolvimento residirá na capacidade que eles tiverem de lidar adequadamente com as demandas do bebê conforme forem surgindo. No entanto, caso essa adaptação dinâmica não ocorra adequadamente, podem se estabelecer dificuldades de relacionamento com a realidade, tanto interna quanto externa. O fator decisivo quanto à capacidade do indivíduo de se relacionar, como também a qualidade desse relacionamento, será o fato de ter podido contar com um ambiente cuja adaptação ativa inicial à necessidade foi suficientemente boa (WINNICOTT, 1956).

4.1.1 Atendimento às necessidades do eu²⁵

Em sua narrativa do processo de amadurecimento pessoal, Winnicott destaca o caminho percorrido pelo bebê/lactante, que parte de um estado de dependência absoluta e progride, em condições ambientais favoráveis, para graus maiores de independência. Em sua concepção, o motor de todo o processo não seria a vida pulsional que, para ele, não se apresenta de início, mas o próprio estar vivo e as potencialidades inatas para o amadurecimento.

Nesta perspectiva, as potencialidades só podem se desenvolver se houver um ambiente adaptado sensivelmente às necessidades do bebê, que vão além das necessidades fisiológicas, como a alimentação, higiene e sono, não se restringindo ao funcionamento orgânico. Isso porque, enquanto a parte fisiológica do bebê se desenvolve, também está se iniciando o silencioso processo de amadurecimento psicológico, sua integração egóica no tempo e no espaço, que se dá através do olhar, do abraçar e das palavras e gestos maternos; a personalização, ligada ao alojamento da psique no corpo; a constituição do *self* e o contato com a realidade externa.

Para que isso possa ocorrer, a mãe precisa manter-se então com uma sensibilidade aguçada que lhe permita identificar-se com seu bebê, adaptando-se viva e empaticamente às necessidades emocionais dele - estado este denominado pelo autor “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1956).

O que está em jogo nesse momento não seriam, pois, as gratificações eróticas ou as frustrações, mas a própria constituição subjetiva - a *possibilidade de ser ou seu fracasso*.

Não sendo redutíveis às necessidades fisiológicas, as necessidades do eu dizem respeito às exigências psíquicas independentes das exigências libidinais propriamente ditas, que fazem parte da esfera das pulsões sexuais e dos estados excitados.

Por causa dessa identificação com o bebê elas [mães] mais ou menos sabem o que ele necessita. Refiro-me a coisas vitais como ser segurado no colo, mudado de lado, deitado e levantado, ser acariciado; e naturalmente, alimentado de modo sensato, o que envolve mais do que a satisfação do instinto (WINNICOTT, 1962, p. 67).

²⁵ Neste item me baseio, além dos textos de Winnicott, no texto de Ana Lila Lejarraga (2015) “Reflexões sobre a noção winnicottiana de necessidades egóicas” e no conteúdo das aulas ministradas pela professora/orientadora Elisa Ulhôa Cintra, na Pós-graduação em Psicologia Clínica (PUC-SP), durante o primeiro semestre de 2017, no curso intitulado: Regressão à Dependência em Klein, Balint e Winnicott.

Winnicott diferencia a ideia de necessidade da ideia de desejo e escolhe usar o termo necessidades do Eu porque o desejo poderia se realizar alucinatoriamente, enquanto a necessidade só poderá ser satisfeita a partir de uma provisão ambiental adequada para sua satisfação. Os desejos, por se movimentarem no campo do imaginário, não necessitam do ambiente para sua realização. Dessa forma, sua não-realização na realidade compartilhada não compromete a estruturação subjetiva do sujeito. Os desejos pressupõem, inclusive, que o sujeito tenha se constituído minimamente como um ser unitário, o que significa que ele realizou com sucesso as tarefas (integração, personalização, etc.) básicas do estágio de dependência absoluta. Por isso, no contato com pacientes psicóticos ou que se encontravam regredidos durante o processo de análise, Winnicott se deparou com as *necessidades* psíquicas primárias desses sujeitos e não com desejos inconscientes.

Desta forma, considerando as necessidades do Eu, Winnicott entende que o psíquico não se desenvolve apenas na lógica sexual do conflito (como em Freud; desejo *versus* defesa), mas que há certas *condições ambientais imprescindíveis* para o desenvolvimento psíquico – as necessidades egóicas (do Eu) referem-se às exigências psíquicas não libidinais. O autor usa a metáfora do “segurar ao colo”, ampliando a noção para além do seu aspecto corporal, pois “ninguém pode segurar um bebê a menos que seja capaz de se identificar com ele” (WINNICOTT, 1963b, p.82). As necessidades vitais de ser olhado, tocado, acariciado e escutado podem ser consideradas como fazendo parte deste núcleo de um contato íntimo e de um campo de identificações empáticas entre a mãe e o bebê, mas que precisam continuar existindo vida afora nos relacionamentos afetivos e, em particular, no *setting* analítico.

Winnicott pensa essa experiência de mutualidade, com seus aspectos de comunicação silenciosa e íntima, baseada na *confiança do bebê no meio ambiente*, correspondente à sua experiência de um *holding* materno, como o que se poderia chamar de “amor”. Ele afirma rejeitar o uso do termo amor por temer que esteja correndo o risco de ser muito sentimental. Para ele, não há experiência de amor que não comporte agressividade e destrutividade, portanto, ambivalência, de maneira que, apenas se o amor for pensado desta forma pode caber aqui. Outro elemento importante a ressaltar é que essa “necessidade de amor” está associada à ternura, assim como vimos em Ferenczi (1931), com a linguagem da ternura, e em Balint (1972), com o “desejo passivo de ternura” que caracteriza o amor primário. Trata-se, pois, do “desejo de ser amado”, que, quando satisfeito, não geraria euforia ou excitação, mas um relaxamento e

sensação de tranquilidade, calma e bem-estar. Balint também irá diferenciar as pulsões auto-eróticas do desenvolvimento relacional, que diz respeito às relações de objeto amorosas.

Independente dos termos escolhidos pelos autores, podemos afirmar que há grande semelhança no pensamento e ênfase dada às etapas primárias do desenvolvimento psíquico dos sujeitos em relação à dupla mãe-bebê. Vale lembrar que a necessidade se conjuga sempre na voz passiva. É necessidade de receber ternura *do outro*, o que equivale a dizer que o bebê necessita que o ambiente-mãe se identifique com ele. Trata-se de uma comunicação íntima e confiante entre a dupla mãe-bebê que servirá de base para o desenvolvimento das potencialidades do sujeito. “É verdade que as pessoas passam a vida sustentando o poste onde estão apoiadas, mas, em certo ponto da fase inicial, tem de existir um poste que se mantenha por conta própria, do contrário não há introjeção de confiança” (WINNICOTT, 1987, p.190).

Como veremos mais adiante, ao tratar de psicoses, casos limite, esquizoides e pacientes que regridem à dependência, Winnicott deu-se conta de que tinham ocorrido falhas da mãe no atendimento das necessidades do Eu, sobretudo na etapa de dependência absoluta. A ideia de necessidades do Eu surge intimamente ligada, portanto, às patologias mais graves e às angústias mais arcaicas, chamadas de angústias psicóticas, como: o medo da desintegração, a despersonalização, o aniquilamento, o sentimento de cair para sempre, a falta de contato com os objetos “não-eu”.

4.1.2 Estados tranquilos e excitados

Para Winnicott (1988) há dois estados do bebê, vividos de forma alternada: os estados excitados, nos quais predominam os impulsos instintivos e, em contrapartida, os estados tranquilos, nos quais o bebê está não integrado e relaxado, podendo ficar entregue ao *holding materno* e ao brincar.

Os estados tranquilos surgem quando desaparece a tensão instintiva, quando o bebê pode habitar o mundo sem estar sob a urgência de buscar objetos, e decorrem de uma relação de intimidade que se forma entre a mãe e o bebê, criando um pano de fundo da experiência de estar sendo, de se sentir vivendo, a partir da qual a sexualidade, ou a vida instintiva e pulsional se manifesta alternadamente, ora mais nítida, ora mais invisível, em diferentes momentos. Como já destacado, a experiência de tranquilidade, para o autor, não deriva da satisfação instintiva, mas da relação mãe-bebê, da confiança

do bebê na *previsibilidade e constância* dos cuidados maternos. A mãe deve estar presente e empática, sustentando o bebê no tempo e permitindo-lhe tranquilidade para que ele possa sentir-se seguro e confiar. O papel do ambiente é relativo à dependência do ser humano, que é inerente e insuperável, pois necessita de cuidados que forneçam experiências fundamentais de valor constitutivo. Ao pensarmos em uma *necessidade*, precisamos considerar que ela *deve ser atendida* para que esse desenvolvimento ocorra. Quando a necessidade não é atendida, surgem reações/defesas radicais (defesas primitivas contra agonias primitivas e impensáveis). Quando a necessidade é atendida, advém o gradual amadurecimento do sujeito; as conquistas têm lugar.

Os estados tranquilos não são apenas os espaços alternativos aos relacionamentos excitados; eles constituem as situações em que se desenvolvem os processos de integração egóica e da localização da pique no corpo. Neles, a mãe é sentida então sob a forma de mãe-ambiente, que é aquela que oferece *holding* e sustentação, construindo a relação de intimidade. Esses estados são predominantemente determinados, pois, pelas necessidades do Eu.

O bebê, sobretudo, necessita de todas essas experiências calmas que estou descrevendo; necessita sentir-se amorosamente envolvido, isto é, de um modo repleto de vida, mas sem pressa: sem impaciência e sem tensão. (...) Participa [mãe] sem noções preconcebidas sobre a maneira como o bebê se deve comportar (WINNICOTT, 1964/2008, p.51).

Essa ideia de que a mãe não traz expectativas muito pré-formatadas a respeito de quem será o bebê cria um ambiente favorável para que ele venha a ser quem de fato pode ser, de modo que suas potencialidades encontrem o espaço necessário para seu desenvolvimento.

Já nos estados excitados, acontece uma tensão que provém da motilidade, do instinto de usar a musculatura, que, para Winnicott, será a base da agressividade. Segundo o autor, o bebê busca “encontrar algo em algum lugar” (Winnicott, 1988, p. 120). A mãe se encontra sintonizada com o bebê e, por isso, oferece a ele o seio no momento em que ele sente fome. Este encontro com o seio, ao surgir no momento em que o bebê busca algo fora, leva-o à ilusão de que *ele* o teria criado. Os atos de mamar e agarrar o objeto estão também ligados ao início do contato com a realidade não-eu, embora aqui, o objeto ainda seja subjetivo.

4.1.3 A transicionalidade e o brincar

Como vimos, o postulado winnicottiano (1962) sugere que o ser humano nasce com um potencial para a integração, para vir-a-ser. Isso significa dizer que busca encontrar formas de expressão do *self* verdadeiro, ainda incipiente no início. Mas, para que isso se efetive, precisa de um *ambiente facilitador*, ou de uma *mãe suficientemente boa* – termo este que, segundo Winnicott (1945, 1952, 1954, 1956), implica a capacidade de identificação e adaptação às necessidades do bebê, desde seu nascimento, no início, de maneira quase absoluta para, gradualmente, ocorrer uma espécie de desadaptação (desilusão), permitindo experiências de frustrações, sempre dentro da capacidade singular de tolerância do bebê, o que é fundamental para a constituição do *self*.

Com o tempo, e de forma cuidadosa e sutil, a mãe deve fazer então a transição de uma dependência absoluta do bebê para uma dependência relativa, oferecendo-lhe o mundo em pequenas doses, para que ele possa admitir, pouco a pouco, as falhas da mãe e do meio. Tudo isso garante certa continuidade e estabilidade, possibilitando o caminho rumo à integração. E é neste ponto que o autor nos traz a ideia de transicionalidade.

O conceito de transicionalidade se refere àqueles fenômenos que se encontram “entre”- nem na esfera da realidade interna e nem na da realidade externa, mas em uma terceira área. Esta área é um campo de experimentação que se caracteriza por ser intermediário, de forma a estar *entre* a realidade psíquica e a realidade compartilhada. O mundo interno e o externo ao indivíduo caracterizam as esferas “eu” e “não-eu”, enquanto a área da transicionalidade diz respeito a um espaço onde o mundo psíquico e aquele socialmente construído se encontram. Esse campo permite o atravessamento do bebê da subjetividade à objetividade, ou da dependência absoluta para a relativa (WINNICOTT, 1951/1988).

É importante, então, que o bebê possa experimentar sua relação com a mãe neste campo intermediário. Isso promove um espaço potencial entre a criança e o objeto, unindo a ambos, sendo então fundamental na promoção da capacidade de uso dos símbolos e no favorecimento do verdadeiro *self* (WINNICOTT, 1951/1971ab). Dessa forma, o autor compreende que a capacidade de simbolizar envolve o *brincar* - entendido como uma experiência criativa que ocorre na continuidade espaço-tempo: “A precariedade da brincadeira está no fato de que ela se acha sempre na linha teórica existente entre o subjetivo e o objetivamente percebido” (WINNICOTT, 1971a, p. 75).

O brincar pertence ao campo do espaço potencial, o que implica a existência de confiança entre o bebê e sua mãe, da mesma forma que deve ocorrer entre o paciente e o analista. Para tanto, a mãe precisa ser suficientemente boa desde o início, uma vez que o brincar se situa na fase de dependência quase absoluta (do bebê com sua mãe) e conta com a adaptação materna como garantida. Como sabemos e facilmente observamos, o brincar envolve o corpo, seja pela manipulação de objetos ou pela excitação corporal envolvida durante a brincadeira (WINNICOTT, 1971ab).

Para Winnicott (1971a) o brincar ocorre nos fenômenos transicionais. O período da transicionalidade se dá quando o bebê inicia seu processo de separação da mãe, que ocorre gradativamente desde o início do desmame, buscando então substituí-la por outra coisa; é nesse movimento que surge sua relação com um objeto transicional. É importante ressaltar que, para que tudo isso ocorra, existem condições prévias necessárias: o ambiente deve ter se adaptado às necessidades do bebê nas etapas anteriores, de modo que, no período da transicionalidade, ele possa já ter adquirido confiança em si mesmo e no mundo. O objeto transicional (como apresentado anteriormente no caso Pedro) é usado pelo bebê como se fosse a mãe; ele mantém a relação de familiaridade que o bebê tem com ela, por vezes a substituindo, desde que a mãe permaneça sendo uma presença para ele – tanto física como afetiva. Dessa forma, os objetos transicionais unem e separam o que é subjetivo do que é percebido objetivamente. Isso ocorre porque a criança ao mesmo tempo *cria* o objeto, pela sua ação e gesto espontâneo que dão valor e vida a ele, e o *encontra* no mundo exterior como algo já pré-existente. Este é um dos muitos paradoxos encontrados na teoria de Winnicott.

É interessante lembrar que Pedro, ao encontrar/descobrir a abóbora, fundou um objeto transicional. Ele tinha fome de fazer a experiência psíquica; já possuía, embora congelado, o gesto criador que põe o si mesmo em movimento de criação. O objeto transicional inaugura uma esfera diferente das relações pulsionais, pois não há intensidades pulsionais; ele não é produto de excitações e não responde à lógica da pulsionalidade. Trata-se de um som mais grave, como “um baixo de fundo”. O objeto transicional é um objeto de *integração*, um objeto de ligação, de verdade do *self*, de verdade da criatividade primária. Ele permite que as experiências pulsionais ganhem um continente. Pedro sentia necessidade de encontrar a abóbora em todas as sessões, como se buscasse se certificar da presença dela para poder explorar o ambiente e brincar; este objeto funcionava como um fio condutor entre as sessões e as experiências anteriores.

O que importa nesse processo não é tanto o objeto em si, mas a forma como a criança se relaciona com ele. “Não é o objeto, naturalmente, que é transicional. Ele representa a transição do bebê de um estado em que este está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado” (WINNICOTT, 1953/1975, p.30). Para o autor, o brincar constitui a base da construção da totalidade da existência do indivíduo, é uma maneira de ele poder se encontrar. “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)” (WINNICOTT, 1971b, p. 80). O brincar se relaciona com o verdadeiro *self*, de forma a promovê-lo por meio da experiência de criar o mundo junto ao outro, sendo isto feito no espaço potencial criado entre mãe e bebê. Dessa mesma forma, por meio da possibilidade de agir junto ao ambiente, o bebê poderá experimentar a ilusão de controlá-lo (WINNICOTT, 1971b). No entanto, na perspectiva do autor, não se trata de uma conquista definitiva, pois será sempre instável e dependente das condições pessoais e ambientais; a capacidade de brincar, para ele, estará sempre associada à saúde.

4.1.4 Uso do objeto

No final de sua vida, Winnicott (1968) escreveu o texto “Sobre o Uso de um Objeto”, que pode ser visto como uma conclusão à qual chegou após seu extenso estudo e investigação sobre como se estabelecem e se organizam as trocas entre o bebê e o mundo. Nele, faz então uma distinção entre a ideia de se relacionar com objetos – atribuindo outro sentido ao conceito de relação – e a ideia de *usar* os objetos. Em sua concepção, o sujeito primeiramente se relaciona com objetos para só mais adiante, após ter alcançado uma diferenciação eu/não-eu, poder usá-los.

Na verdade, o texto se origina das experiências clínicas de Winnicott, especialmente no que se refere aos casos de pacientes com falhas em seu desenvolvimento emocional primitivo, os quais foram aparecendo em maior número nos consultórios de psicanalistas a partir da segunda metade do século XX. Diferentemente dos casos de neuróticos, em que a questão da gratificação ou repressão dos desejos é vista como central, foi se tornando claro que falhas na identidade geravam maior sofrimento em alguns pacientes. Dessa forma, os problemas narcísicos começaram a ganhar maior evidência, pois esses pacientes traziam angústias muito devastadoras ligadas ao sentimento de esvaziamento de si, de amortecimento e sem conseguirem

estabelecer ligação com as pessoas nem se conectar a si mesmos. A partir dessas questões clínicas, Winnicott passou a investigar qual seria o “tipo de relacionamento” que desencadearia perturbações tão intensas.

Ao final da vida, compreendeu então o quanto é fundamental dar tempo ao paciente para que *ele próprio* chegue ao entendimento de si de forma criativa e encontre as respostas. Assim, as interpretações só podem ser usufruídas caso o paciente tenha alcançado a capacidade de *usar* objetos, sendo capaz de situar o analista fora da sua área de fenômenos subjetivos.

Exemplificando, foi somente em anos recentes que me tornei capaz de esperar e esperar pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no *setting* psicanalíticos e evitar romper este processo natural efetuando interpretações. (WINNICOTT, 1968, p.171).

Winnicott (1968) aponta que, no mundo dos neuróticos, temos a ideia de que usar objetos é algo evidente, que acontece sem que pensemos muito a respeito, como, por exemplo, no ensino ou na alimentação de uma criança. Mas, no âmbito da psicanálise, faz-se necessário compreendermos como se dá o desenvolvimento da capacidade de usar objetos para que possamos, conseqüentemente, identificar a incapacidade de alguns em fazê-lo. Ou seja, há pacientes que não podem fazer uso de seus analistas, de modo a “nos usar e nos largar” para seguirem com suas vidas: “Todos nós esperamos que os nossos pacientes terminem conosco e nos esqueçam, e que descubram que o viver em si é a terapia que faz sentido” (WINNICOTT, 1968, p. 172).²⁶

Inicialmente, como já explorado em itens anteriores, temos o estágio de dependência absoluta do bebê, no qual este vive um estado de fusão com a mãe. Se tudo caminha bem, a fusão vai cedendo lugar a um tipo de relação de objeto, na qual é possível discernir alguns níveis de diferenciação, mas que ainda coexistem com a indiferenciação entre eu e outro. O uso dos objetos transicionais e os fenômenos transicionais são considerados por Winnicott (1951) como etapas mais avançadas, que viriam apenas após a relação de objeto e ocorreriam no caminho que transforma as primeiras relações de objeto. Dessa forma, o alcance de níveis de diferenciação entre o

²⁶ Este trabalho está pautado no texto “Sobre o Uso de um Objeto” de Winnicott (1968), no artigo de Elisa Cintra, “A descoberta do mundo...” (2015), e no capítulo “Winnicott e a Pulsão de Morte: Recusa e Alternativas” do livro *Por Que Winnicott?* De Leopoldo Fulgêncio (2016).

eu e o outro ocorreria de forma gradual e crescente. A ideia é que, na transicionalidade, o sujeito possa, em fantasia, criar e destruir com liberdade seus objetos.

No texto "O Uso de um objeto e relacionamento através de identificações" (1971), Winnicott apresenta o processo de criação da externalidade do mundo, que, para ele, advém do gesto espontâneo. O gesto espontâneo, que busca expressão do verdadeiro *self*, possibilita que o sujeito use sua destrutividade para criar o mundo; ou seja, é a destrutividade (mesmo que não intencional) do sujeito que dá acesso à alteridade do mundo. Não se trata de atos destrutivos intencionais, mas de algo diferente, de uma destrutividade potencial que permanece em nós, inconsciente, ao longo de toda a vida. Considera então que precisamos destruir e ser destruídos pelo outro, ainda que, ao mesmo tempo, tenhamos de preservar e ser preservados por ele.

Iniciando sua explicação sobre o uso de um objeto, o autor destaca que, na relação de objetos, o sujeito se relaciona com *objetos subjetivos* e vive isto como algo isolado; por ser intrapsíquico, podem ocorrer modificações no *self*. Já no que se refere ao *uso* de um objeto, trata-se de um estágio posterior à relação de objeto, que nesse momento é tido como alcançado. No estágio do uso de objetos, este já pode ser percebido como real – pertencente à realidade compartilhada – não sendo apenas um feixe de projeções do sujeito; esta diferença é essencial para a distinção entre relacionamento e uso.

É importante ressaltar que a mudança do estágio da relação de objeto para o uso de objetos não se dá automaticamente pelo processo maturacional; essa mudança dependerá de um ambiente facilitador e de como os objetos possibilitarão ou não seu uso.

Em termos clínicos: dois bebês estão sendo amamentados no seio. Um deles está se alimentando do *self*, uma vez que o seio e o bebê não se tornaram (para o bebê) fenômenos separados. O outro está se alimentando de uma fonte diferente-de-mim, ou um objeto a que se pode dar um tratamento descuidado e sem efeitos sobre o bebê, a menos que o objeto retalie. As mães, tal como os analistas, podem ser boas ou não suficientemente boas; algumas podem e outras não podem fazer o bebê passar do relacionar-se para o uso (WINNICOTT, 1968, p.173).

As sensações de que o objeto pode ser destruído em fantasia, de que ele vai sobreviver e não vai retaliar e/ou tentar destruir o bebê, tudo isto tem a ver com a possibilidade de alimentar-se de uma fonte externa; uma fonte não-eu. O uso de um objeto envolve uma consideração mais nítida da natureza do objeto, de sua

externalidade e de sua capacidade de suportar o amor impiedoso do bebê. Winnicott (1968) afirma, categoricamente, que é necessário que o sujeito possa destruir o objeto; é preciso destruir o objeto subjetivamente percebido para que se passe do modo “relacionar-se com objetos” para o modo “usar o objeto”. Esclarecendo, o objeto que tem de ser destruído é o que antes havia sido criado subjetivamente, aquele que era depositário das projeções do bebê.

Assim, na lógica de Winnicott, para que haja a descoberta do mundo, o objeto precisará ser destruído; sua destruição leva à própria descoberta do mundo. É necessário descobrir, retirar o véu das projeções; é necessário desenvolver a capacidade de usar um objeto: "...a capacidade de usar um objeto é mais apurada que a capacidade de relacionar-se a objetos; o relacionamento pode dar-se com um objeto subjetivo, mas o uso implica que o objeto faça parte da realidade externa" (WINNICOTT, 1968, p. 131).

Para alcançarmos uma maior compreensão dessa ideia, é importante retomarmos o jogo da espátula, descrito por Winnicott (1941). Em suas observações, constatou que, quando a criança se apropriava da espátula, usando-a de modo impiedoso e depois a atirando longe, sentia imensa alegria quando o objeto, ainda intacto, lhe era devolvido. Defende então que o bebê precisa poder tratar sua mãe da mesma forma que a espátula, isto é, de modo impiedoso, o que inclui poder jogá-la longe, se afastar, desfazer-se dela quando quiser brincar sozinho ou estar sozinho. Porém, é fundamental que tenha a certeza de que a mãe sobreviverá a seus ataques e de que voltará, com o mesmo humor de antes, com a mesma provisão de afeto.²⁷

A concepção de Winnicott é de que exista uma sequência de etapas na direção da descoberta do mundo, na direção do acesso ao outro. Embora a ideia de etapas sugira que estas se disponham em uma linha cronológica direta, na verdade, coexistem entre si, uma se tornando condição de possibilidade da outra. Primeiramente, o sujeito cria o objeto, de forma alucinatória, para, depois, poder estabelecer uma relação com ele. Quando se relaciona com o objeto, este ainda é um feixe de suas projeções, mas, apesar disso, paradoxalmente, pode ser encontrado lá fora. Em seguida, o sujeito destruirá o

²⁷ Aqui podemos fazer um paralelo com a ideia de Balint sobre o amor primário e a necessidade de poder destruir e não apenas “não ser repreendido”, mas de ser premiado pela sua atuação. Há necessidade de receber sem que seja cobrado algo em troca e também receber e atacar sem que o ambiente revide, julgue ou se imponha. Isso permite relacionar-se com os objetos de forma a não precisar se defender radicalmente no funcionamento ocnofílico ou filobático.

objeto (criado em fantasia) e este, se tudo ocorrer como esperado, sobreviverá à destruição; a partir daí o sujeito poderá usar o objeto.

Para compreendermos melhor essa sequência de etapas, precisamos considerar a etapa intermediária entre a relação e o uso dos objetos, já mencionada anteriormente - a área *transicional*.

Ainda não reconhecendo a realidade externa como tal, o indivíduo se relaciona inicialmente com objetos subjetivos, sendo estes vividos então como criações próprias dele; ainda que tenham sido oferecidos pelo meio, foram criados e encontrados por ele. Vale assinalar que, nesse estágio, a integração progressiva do eu da criança possibilita, paralelamente, a constituição de um objeto exterior; o bebê está se constituindo e constituindo o objeto lá fora - este é o *estágio da relação de objeto*. Este estágio conserva sempre a marca do primeiro, ou seja, o objeto é essencialmente definido como feixe de projeções e como polo de identificações. Aqui, o sujeito investe o objeto que sempre pode voltar a ser parte do eu. Com esses objetos, o sujeito *relaciona-se*, num estágio anterior à conquista da capacidade de *usar* objetos, o que implicará em outro tipo de relacionamento com eles.

Em síntese, a sequência é a seguinte: no primeiro estágio, a criança inicia o relacionamento com objetos subjetivos (estágio das relações de objetos) e, em seguida, se relaciona com objetos transicionais. No estágio da relação com objeto transicional, este é ao mesmo tempo eu e não-eu. Essa relação se situa numa área intermediária na qual o bebê não possui mais controle onipotente como antes, uma vez que o objeto é real e manipulável, não existindo mais apenas de forma subjetiva e em fantasia. Ao mesmo tempo, o bebê possui grande controle sobre esse objeto - ele representa a mãe e serve para ocupar seu lugar na sua ausência. Esta relação é marcada pela capacidade de usar o objeto como transicional.

O autor esclarece que, no estágio do *uso de objeto*, a destrutividade não significa um impulso dirigido à destruição do objeto, mesmo quando este não sobrevive no final. Há sim uma destrutividade potencial no gesto do sujeito e, caso o objeto não sobreviva, essa destrutividade poderá se confirmar como impulso destrutivo. Porém, quando tudo ocorre dentro de um ambiente facilitador e o objeto sobrevive, essa destrutividade não se confirma como impulso destrutivo, mas é integrada pelo sujeito e serve como impulso criador - ele alimenta a criatividade, a crença em si mesmo e confiança no outro/mundo.

No que se refere aos fenômenos transicionais, como vimos, Winnicott (1968) afirma ser necessária a compreensão e aceitação do paradoxo: o bebê cria o objeto, embora este já estivesse lá (apresentado pela mãe) esperando para ser “criado” (ele é descoberto, mas vivenciado como criado). Ressalta que, para *usar um objeto*, o indivíduo precisa ter desenvolvido a *capacidade* de usar objetos e, esse fenômeno, segundo o autor, faz parte da entrada no princípio de realidade. Existem, portanto, dois estágios importantes: o primeiro no qual existe relação com os objetos e um posterior em que já se pode usá-los; entre ambos, no entanto, há outra forma de se relacionar com os objetos:

Essa coisa que se situa entre o relacionar-se e o uso é a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da sua área de controle onipotente, isto é, a percepção que o sujeito tem do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva, e, na realidade, o reconhecimento dele como uma entidade por seu próprio direito (WINNICOTT, 1968, p. 174).

Ao relacionar-se com objetos e fenômenos *transicionais*, o objeto não se encontra nem no mundo interno nem externo, pois ele une e separa um do outro e é criado e encontrado ao mesmo tempo; ele une e separa o *self* do mundo externo. A mudança de um estágio para o outro requer, como já explicado, que o sujeito *destrua* o objeto. O que é destruído então são os aspectos subjetivos do objeto, restando para o sujeito os aspectos perceptíveis do objeto – os aspectos reais compartilhados em realidade. O objeto subjetivo não existe mais, uma vez que o sujeito o encontra como algo externo; ele fora então destruído pelo sujeito. Como a destruição acontece em fantasia, na área intermediária (transicional) entre o relacionar-se com o objeto e o uso do objeto, o *objeto real* poderá sobreviver à destrutividade do sujeito.

Winnicott (1968) enfatiza a importância da *sobrevivência do objeto* nesse estágio: o bebê precisará destruir o objeto criado em fantasia (subjetivo) para poder constatar sua sobrevivência e percebê-lo como real (o objeto real continua existindo mesmo após ter sido atacado e destruído em fantasia). Esse último estágio é marcado pela conquista da possibilidade de usar um objeto. Nele, o objeto guarda algo do paradoxo inaugurado pelo objeto transicional (ser eu e não-eu e existir no interior do bebê e fora dele simultaneamente). Trata-se da descoberta de que a mãe não deve ser apenas um espelho que reflete o bebê, ela tem uma existência própria, embora ao mesmo tempo precise refletir o bebê para que ele se reconheça (fazer função de espelho). Junto a este olhar, que reflete o bebê para ele mesmo, ela precisa refletir

também algo de sua própria subjetividade; existir como algo separado dele. Esta é a parte que o bebê irá destruir, sem, no entanto, conseguir aniquilar. Somente ao *sobreviver* às tentativas de ser destruída pelo bebê, a mãe pode se tornar um sujeito com seus próprios direitos. Ela passa a dar um reconhecimento a ele que terá muito valor, pois este virá de alguém *real*, que sobreviveu à sua destruição.

O objeto precisa sobreviver para que o sujeito possa continuar percebendo-o e se comunicando com ele; o objeto precisa continuar recebendo seus gestos em direção a ele. Por causa da sobrevivência do objeto, enquanto objeto perceptível da realidade externa, o sujeito poderá passar a usar os objetos e isto significa que ele irá iniciar sua vida no mundo dos objetos. Aqui surge um ponto muito importante na teoria de Winnicott: é *o uso do objeto* que cria a realidade externa. O sujeito está criando o objeto no movimento de encontrar a própria externalidade. Dessa forma, a possível não sobrevivência do objeto (e por sobrevivência Winnicott se refere à não-retaliação) diz respeito a falhas ambientais na esfera do uso que o indivíduo faz dos objetos. Consequentemente, o objeto não permanece lá para continuar recebendo a comunicação e os gestos direcionados a ele.

O sujeito pode agora usar o objeto que sobreviveu. É importante notar que não se trata apenas de o sujeito destruir o objeto porque este está situado fora da área de controle onipotente. É igualmente importante enunciar isto ao contrário e dizer que é a destruição do objeto que o situa fora da área de controle onipotente do sujeito (WINNICOTT, 1968, p. 174).

Esta destruição que precisa ser aceita nada mais é que uma aceitação de que o objeto nunca vai ser exatamente aquilo que desejamos que ele seja.

Winnicott transporta essa ideia para o ambiente clínico: se estes fenômenos acontecerem em uma análise, o analista, a técnica analítica e o enquadre analítico, todos precisam manter-se constantes e *sobreviver* aos ataques destrutivos do paciente. Esta atividade destrutiva corresponde ao movimento de colocar o analista fora da área de controle onipotente do paciente, no mundo exterior. Isto vai permitir que o paciente tenha uma experiência diferente de uma “autoanálise”, em que ele só poderia se alimentar dele mesmo (de seu *self*). Se o paciente sente que só pode se alimentar de si mesmo, não podem acontecer mudanças significativas. Se for possível contar com alguém de fora, que não faz parte dele mesmo e que se situa fora da sua área de onipotência, o paciente poderá finalmente *usar o analista*.

Se o analista puder aguentar a destruição, terá a compensação de ver surgir a capacidade de amar do paciente, que se fortalece por um pano de fundo de destruição inconsciente. A destruição permanece como um potencial e não passa a ser movimento real de destruição do outro ou da relação. Quando a destrutividade potencial e inconsciente do paciente não é acompanhada de uma resposta de sobrevivência do analista, que pode sustentá-la sem retaliar ou se deixar destruir, aí a destruição pode se tornar real. Perguntamos então; o que seria uma destruição real? A vivência, pelo paciente, de algum tipo de ruptura ou fim da relação. Nesses casos, o paciente sente sua destrutividade potencial como muito perigosa e, portanto, insuportável e não integrável. Recordo-me de um exemplo extremo dado por uma antiga supervisora com quem trabalhei no início dos meus atendimentos. Ela apresentou uma situação complicada vivenciada por ela com um paciente psicótico. Em um momento de crise e maior desespero do paciente, ele compareceu ao atendimento portando uma arma. Mostrou a arma na sua cintura assim que entrou no consultório e avisou que talvez aquela fosse a última sessão deles, indicando que possivelmente mataria a analista e/ou ele mesmo. Frente a essa ameaça e buscando reestabelecer o vínculo com o paciente, o que a analista pôde dizer a ele foi: obrigada por me avisar, pois nós sabemos que “quem avisa, amigo é”. A explicação dada por ela sobre sua resposta foi a seguinte: seu paciente compreendia o que ela falava de forma muito concreta e ela acreditou naquele instante que essa afirmação faria sentido para ele. O paciente ouviu o que ela disse e percebeu que ela era “sua amiga” e que não caberia destruí-la. Essa frase mostrou a ele que, apesar de sua ameaça e potencial destrutividade, a analista sobrevivia e continuava sendo “a pessoa amiga dele que sempre foi”. Ao responder sem retaliar e sem alterar sua forma de se relacionar com ele, a analista acolheu a destrutividade do paciente e sobreviveu ao seu ataque. Este é um exemplo de uma situação em que a resposta do ambiente possibilita a sobrevivência do objeto.

O ponto importante desta ideia é: a pulsão destrutiva cria a qualidade de exterioridade. Nessa forma de destrutividade primária não há raiva, pois o que o bebê sente é alegria quando há sobrevivência do objeto. Novamente, Winnicott (1968) se assemelha a Balint (1959) – quando este fala do “arriscar-se e voltar à segurança nas brincadeiras”. Para poder arriscar-se e vivenciar emoções, o sujeito precisa ter de pano de fundo um ambiente/mãe que sustente anteriormente, por um tempo necessário, todos os movimentos do sujeito, sejam eles agressivos ou não, e que sobreviva a eles para que o sujeito tenha segurança de que aquele ambiente o sustenta – sua existência não é

ameaçada. Dessa forma, pode se arriscar se escondendo porque sabe que será encontrado e, ao mesmo tempo, encontrar-se-á.

Se em uma análise o paciente precisou regredir a estados fusionais para depois colocar o analista fora de seu controle onipotente, agora o sujeito pode usar as interpretações do analista como algo diferente dele, que pode alimentá-lo. Podemos concluir que, ao chegar a este ponto de sua análise, ela está próxima de seu fim, pois ele conseguiu se beneficiar criativamente de outra pessoa e isto significa que o paciente é capaz de usar objetos.

Chegamos a um ponto importante no qual toda a proposta winnicottiana se sustenta: a necessidade de *confiar* no objeto. A possibilidade de o indivíduo confiar depende, no entanto, da sobrevivência do objeto. Só será possível passar da relação de objeto para o uso do objeto a partir de uma constatação da sobrevivência deste. Isso possibilitará a instauração da confiança no objeto/meio ambiente. Essa confiança, base para a futura esperança que pode ser vivida pelo paciente, depende necessariamente da sobrevivência do objeto. Considerando os pacientes *borderlines*, ou aqueles que não conseguiram uma integração suficiente para se sentirem inteiros e reais, podemos constatar que eles não conseguiram constituir a diferenciação eu/não-eu e não passaram para o *uso dos objetos*. Esses indivíduos permanecem na *relação de objeto* e têm extrema dificuldade em confiar no outro; não há esperança nem garantias da sobrevivência do objeto. Outro possível desdobramento para a falha na sobrevivência do objeto, ou retaliação vinda dele, seriam os sujeitos falso *self* - uma organização sofisticada que protege o verdadeiro *self* e possibilita continuar vivendo longe da ameaça de aniquilamento e/ou retaliação do *self* (o conceito de falso *self* será abordada adiante neste capítulo).

A destruição que atua e que é patológica, aquela que ameaça de morte, diferentemente da destruição que busca encontrar/criar a realidade, denuncia uma agressão que não pôde integrar-se à personalidade e que permanece dividida/cindida, apontando para uma imaturidade emocional. Nos casos *borderlines*, isto aparece de forma mais evidente no contato com o outro, sendo o ataque ao vínculo constante. Já nos casos falso *self*, a agressividade cindida muitas vezes é disfarçada a serviço da proteção do verdadeiro *self*, sendo evidente apenas na vivência regressiva ou diante da ameaça de um colapso.

Para encerrar esta parte, recorro à citação de Holderlin, utilizada por Elisa Cintra em seu artigo sobre a descoberta do mundo. O trecho ilustra bem as necessidades

primárias imprescindíveis para que o bebê possa se integrar, se desenvolver e crescer de forma inteira e saudável, para que possa confiar em si e no mundo:

Deixem o homem imperturbado, desde o berço. Não o expulsem do bulbo, estreitamente unido do seu ser, não o expulsem da casa protetora de sua infância. Não façam de menos, para que ele não sinta vossa falta e, assim, vos separe de si mesmo; não façam demais, para que ele não sinta a vossa violência ou a sua própria e, assim, vos separe de si mesmo. Em suma, deixem o homem saber só tardiamente que há seres humanos, que há alguma coisa, fora dele, pois só assim ele se tornará homem. O homem é um deus assim que se torna homem. E, sendo um deus, ele é bonito (HOLDERLIN, 2012, p.113).

4.2 Falhas ambientais, vivências traumáticas e organizações defensivas

Em contraposição a esse processo saudável de integração e constituição paulatina do eu, e em consonância com a perspectiva ferencziana, Winnicott (1965a) considera que falhas ambientais graves ou prematuras demais geram no bebê vivências traumáticas, levando a uma organização defensiva que, muitas vezes, acarreta deformações do verdadeiro *self*. Ou seja, a noção de traumático está intimamente ligada ao fato de as necessidades do eu não terem sido atendidas pelo ambiente primário, comprometendo os processos de integração do eu no tempo e no espaço, a personalização e o contato com a realidade, gerando uma ruptura na continuidade existencial. Destaca então que o ambiente pode falhar de diversas formas com o bebê, tanto por ser negligente, deixando repetidamente de atender suas necessidades prementes, quanto intrusivo, excedendo-se nos cuidados, sobrepondo-se e antecipando necessidades, sem esperar seus gestos ou manifestações espontâneas.

Nesta perspectiva, os pacientes gravemente traumatizados seriam aqueles que teriam sofrido falhas ambientais nos primórdios da vida. Lembrando mais uma vez que Winnicott pode ser considerado um dos psicanalistas afinados à linhagem ferencziana, observamos certa concordância em sua proposta de atendimento a esses pacientes com aquela sugerida por Ferenczi (1928a/1928b), que seria por meio da regressão à dependência na transferência. Porém, diferentemente do psicanalista húngaro, Winnicott (1964) defendia que esse processo ocorresse de forma natural e espontânea, sem que o analista induzisse ativamente o paciente a esse movimento – tema que retomamos mais adiante.

Aqui, podemos também fazer um paralelo com a noção de *falha básica* de Balint (1968), que levaria o sujeito a se defender precoce e radicalmente contra o meio-ambiente falho.

Na perspectiva winnicottiana, as falhas ambientais primárias são responsáveis pelo aparecimento das agonias impensáveis, que incluem: a agonia de desintegração, de cair para sempre, de perder a coesão psicossomática, de perder o sentimento do real e de perder a capacidade de se relacionar com os objetos. A experiência traumática seria então a quebra da continuidade existencial, constituindo-se em uma ameaça de morte psíquica, de aniquilamento. É importante esclarecer que o problema não reside tanto na violência observável do choque, mas na ausência dos cuidados que atendam às necessidades do bebê em seu processo de amadurecimento.

Assim, o trauma winnicottiano é silencioso, porque depende do que não aconteceu; da identificação materna que não houve; da empatia que não ocorreu. Em suma, das falhas ambientais que suscitaram no bebê as agonias impensáveis, produzindo um colapso na integração egóica e na constituição do *self* (LEJARRAGA, 2007, p. 65).

Vale neste momento afirmar que, como vimos, os três casos apresentados neste estudo sofreram falhas ambientais cujos desdobramentos foram organizações defensivas. Ou seja, a falha na adaptação ambiental inicial na vida de cada um deles gerou interrupção no desenvolvimento, porém, de diferentes formas.

Assim, Maíra e Lucas, tendo vivido falhas mais graves e precoces, apresentavam menor organização do eu e, provavelmente, maior deformação do *self*. Já o paciente Pedro, ao nascer, pôde ser bem acolhido pelo ambiente e conseguiu constituir minimamente um eu integrado, até que, diante do nascimento de seu irmão, viveu uma descontinuidade em seu desenvolvimento.

4.2.1 Verdadeiro e Falso *Self* e sua relação com o mundo externo

Para a compreensão dos casos, é também fundamental apresentarmos os conceitos de verdadeiro e falso *self*, distinguindo-os de um tipo de patologia específica denominada por Winnicott *personalidade do tipo falso self*²⁸. Vejamos.

²⁸ Durante sua obra, percebemos que o psicanalista e pediatra muitas vezes utiliza indiscriminadamente os conceitos de *self*, ego e eu, o que gera certa confusão, já ele não se propôs a distingui-los de forma clara, deixando essa tarefa ao leitor.

Os cuidados maternos, tanto do ponto de vista físico como psicológico (através da relação empática e da adaptação sensível às necessidades do bebê – *holding* e *handling*), funcionam como uma espécie de membrana protetora que viabiliza o isolamento primário, fundamental para que se desenvolva um espaço psíquico. Isso significa que, através de uma adaptação ativa às necessidades da criança, o meio ambiente permite que ela permaneça em um estado de isolamento imperturbado, ocupando um espaço em que possa desenvolver sua vida psíquica – um *mundo secreto sentido como só seu* (WINNICOTT, 1963d). Inicialmente, por se encontrar em um estado primário indissociado de sua mãe, o bebê não tem consciência do suprimento oferecido por parte do ambiente, possibilitando que se *entregue ao desfrute de um movimento espontâneo*. Se tudo correr bem, o meio ambiente será descoberto, sem que haja perda do sentido de verdadeiro *self*.

Porém, quando ocorre uma adaptação falha às necessidades da criança e isso a obriga a reagir a essa experiência – sentida como invasiva – o sentimento de realidade do verdadeiro *self* se perde. A criança vivencia a experiência de cair no não-ser, isto é, na impossibilidade de atribuir significado, nomear e organizar as experiências sensoriais e o próprio corpo, devido às clivagens que o atravessam. Então, reage a essa experiência traumática retornando ao estado inicial de isolamento ou se forçando, mesmo sem recursos ainda, a adaptar-se às demandas ambientais.

À medida que se repete uma experiência de não adaptação, ou adaptação não suficientemente boa, se produz uma deformidade (via clivagem) na organização meio-ambiente/indivíduo. As relações com os objetos e o ambiente produzem, sucessivamente, a perda do sentido de integridade do *self*, de modo que, para recuperá-lo, o indivíduo é obrigado a retornar, cada vez mais, ao isolamento primário ou a adaptações artificiais ao meio que dependem da deformação de seu verdadeiro *self*. Esse processo vai adquirindo um caráter crescente de organização defensiva como repúdio à invasão ambiental. Podemos então entender o falso *self* como uma defesa que oculta e protege o verdadeiro *self* – e considerando que este é a “fonte dos impulsos pessoais” (WINNICOTT, 1994, p.36), a existência por meio de um falso *self* torna a vida impregnada por um senso de irrealidade, esvaziada de sentido, de modo que não vale a pena ser vivida.

Winnicott (1962) destaca a presença de dois âmbitos de alterações nos processos subjetivos do indivíduo, ambos relativos às tentativas de evitar sofrer uma nova ruptura mediante as falhas ambientais. O primeiro diz respeito às distorções na organização do

ego, de forma a constituir as bases das características esquizoides. Tais distorções envolvem mecanismos defensivos primitivos, como a cisão da personalidade, e buscam defender o indivíduo de experimentar novamente uma ansiedade impensável (WINNICOTT, 1962/1963abcd), como a vivida na ruptura do continuar-a-ser e na experiência do trauma em seu desenvolvimento. O segundo se refere às defesas organizadas para cuidar de si mesmo, desenvolvendo um *self* que assume essa tarefa, caracterizado como um falso *self*.

Diante da falha ambiental, o falso *self* se constitui, então, como uma tentativa de substituição da função materna e, ao tentar proteger o verdadeiro *self* e dar-lhe condições para se desenvolver, se configura na busca de uma autossuficiência primitiva relativa à ausência de cuidado. O que é falso neste *self* é que ele não se refere a um gesto espontâneo do indivíduo – trata-se, isso sim, de uma reação a aspectos do ambiente invasor ao qual o indivíduo se submeteu. Essa defesa, contudo, pode se configurar, com o passar do tempo, em uma nova ameaça ao *self*, a despeito da função do falso *self* de proteger e esconder o *self* verdadeiro, que, nessa situação, encontra-se mais frágil e ferido pela ruptura/clivagem vivida. É como se, ao viver apenas apresentando e desenvolvendo seu falso *self*, este lembrasse à pessoa que ela só pode existir dessa forma reativa, sem levar em conta sua verdadeira identidade (verdadeiro *self*).

Há diversos quadros clínicos resultantes dessas alterações no processo de constituição psíquica sofridas pelo indivíduo frente a falhas ambientais de cuidados suficientemente bons na infância primária, quando o bebê ainda se encontrava em dependência absoluta. Dentre eles, Winnicott (1962) destaca: a) esquizofrenia infantil ou autismo; b) esquizofrenia latente; c) desenvolvimento de falsa autodefesa, como por meio de um falso *self*; d) personalidade esquizoide, que se refere a um “distúrbio da personalidade que depende do fato de um elemento esquizoide estar oculto em uma personalidade que é normal em outros aspectos” (WINNICOTT, 1962, p. 58).

Além disso, afirma ainda que o sujeito que desenvolve a “personalidade do tipo falso *self*” se sente irreal, fútil e falso, comumente se queixando disso em análise e não conseguindo, muitas vezes, acessar seu verdadeiro *self*. Isso pode implicar em muitos atendimentos, por vezes, análises longas, em que o analista entra em contato apenas com o falso *self*, e caso não consiga identificar que está lidando com esse tipo de paciente, irá analisar somente essa esfera irreal e falsa. Winnicott (1962) defende, inclusive, que algumas análises só começam quando o analista consegue estabelecer

algum contato com o verdadeiro *self* desses pacientes.

Podemos concluir, então, que essas distorções do desenvolvimento egoico²⁹ tendem a revelar falhas nos processos de integração, personalização e realização do indivíduo a partir das dificuldades da mãe/ambiente em desempenhar suas funções.

Qual seria o sentido dessas distorções? Elas ocorrem visando uma reorganização das defesas do indivíduo após a experiência do trauma (WINNICOTT, 1969), tendo então como objetivo a proteção do verdadeiro *self*, ainda que sob altos custos. A função defensiva do falso *self* é, pois, a de ocultar e proteger o verdadeiro *self*. Winnicott (1960, pp. 130-31) classifica as possíveis organizações de falso *self* da seguinte forma:

- 1- Em um extremo: o falso *self* se implanta como real e é isso que os observadores tendem a pensar que é a pessoal real. Nos relacionamentos de convivência, de trabalho e de amizade, contudo, o falso *self* começa a falhar. Em situações em que o que se espera é uma pessoa integral, o falso *self* tem algumas carências essenciais. Neste extremo o *self* verdadeiro permanece oculto.
- 2- Menos extremo: o falso *self* defende o *self* verdadeiro; o *self* verdadeiro, contudo, é percebido como potencial e é permitido a ele ter uma vida secreta. Aqui se tem o mais claro exemplo de doença clínica como uma organização com uma finalidade positiva, a preservação do sujeito a despeito de condições ambientais anormais. Esta é uma extensão do conceito psicanalítico do valor dos sintomas para a pessoa doente.
- 3- Mais para o lado da normalidade: o falso *self* tem como interesse principal a procura de condições que tornem possível ao *self* verdadeiro emergir. Se essas condições não podem ser encontradas, então novas defesas têm de ser reorganizadas contra a expoliação do *self* verdadeiro, e se houver dúvida o resultado clínico pode ser o suicídio. Suicídio neste contexto é a destruição do *self* total para evitar o aniquilamento do *self* verdadeiro. Quando o suicídio é a única defesa que resta contra a traição do *self* verdadeiro, então se torna tarefa do falso *self* organizar o suicídio. Isto, naturalmente, envolve sua própria destruição, mas ao mesmo tempo elimina a necessidade de sua existência ser prorrogada, já que sua função é a proteção do *self* verdadeiro contra insultos.
- 4- Ainda mais para o lado da normalidade: o falso *self* é construído sobre identificações (como no exemplo na paciente

²⁹ Aqui, como mencionado no início do capítulo, Winnicott alterna o uso de ego e *self*, o que pode confundir o leitor. “O ego inicia as relações objetais. Com cuidado materno suficientemente bom de início, o bebê não está sujeito a satisfações instintivas a não ser quando há participação do ego. Neste aspecto, não é tanto uma questão de gratificar o bebê como de lhe permitir descobrir e se adaptar por si mesmo ao objeto (seio, mamadeira, leite, etc.)” (WINNICOTT, 1962, p. 58).

mencionada³⁰, cujo ambiente de sua meninice e sua ama-seca real lhe deu muito do colorido da organização de seu falso *self*).

- 5- Na normalidade: o falso *self* é representado pela organização integral da atitude social polida e amável, um ‘não usar o coração na manga’, como se poderia dizer. Muito passou para a capacidade do indivíduo de renunciar à onipotência e ao processo primário em geral, o ganho se constituindo o lugar na sociedade que nunca pôde ser atingido ou mantido com o *self* verdadeiro isoladamente.

Para explorarmos a ideia de desenvolvimento do falso *self* como instância defensiva que visa proteger o *self* verdadeiro, precisamos elucidar, ainda, alguns aspectos do relacionamento mãe-bebê. Segundo Winnicott (1960), a etiologia do falso *self* se encontra no cenário das primeiras relações objetais. Neste estágio do desenvolvimento, repetidamente, a mãe suficientemente boa promove a onipotência do lactente, de forma a lhe permitir criar e recriar o objeto, alimentando, dessa forma, o aspecto criativo do gesto espontâneo dele, favorecendo que esse processo ganhe espaço dentro da criança e adquira apoio na memória (Winnicott, 1963bd). Quando isso ocorre, o verdadeiro *self*, ainda incipiente, começa a se desenvolver por meio do fortalecimento do ego do bebê na experiência de onipotência alimentada e sustentada pela mãe (Winnicott, 1960).

O verdadeiro *self* diz respeito à posição de onde advém o gesto espontâneo e a ideia pessoal do indivíduo.

Durante os estágios iniciais, o verdadeiro *self* apresenta-se como uma posição teórica a partir da qual surge o gesto espontâneo e as ideias pessoais. O gesto espontâneo é o verdadeiro *self* em ação. Apenas o verdadeiro *self* pode ser criativo, e apenas ele pode sentir-se real. Considerando-se que o verdadeiro *self* sente-se real, a existência de um falso *self* resulta em um sentimento de irrealidade ou de inutilidade (WINNICOTT, 1960, p.135).

O verdadeiro *self* se origina da vitalidade dos tecidos e da atuação das funções corporais, tais como a ação respiratória e circulatória, pertencendo, dessa forma, ao processo primário, sendo que, como já dito, para desabrochar, depende das funções da

³⁰ A paciente referida pelo autor foi atendida antes de ele compor esta lista. Trata-se de uma mulher de meia-idade que possuía um falso *self* muito bem-sucedido, tendo passado toda sua vida com a sensação de não existir e procurando sempre uma forma de chegar ao seu verdadeiro *self*. Winnicott descreve sua chegada à análise - e as etapas seguintes ao início de seu tratamento - para exemplificar como esse falso *self*, que a própria paciente descrevia e denominava como “*self* ama-seca”, possibilitou que fosse em busca de atendimento. Após três anos, Winnicott pôde então constatar uma mudança importante. Nestes primeiros anos, tendo sido estabelecida uma relação de confiança, a paciente pôde delegar a ele os cuidados anteriormente delegados a seu falso *self*, entrando em um movimento regressivo na análise.

mãe suficientemente boa. Entretanto, quando a mãe não se mostra capaz de promover e/ou sustentar a onipotência do bebê, falhando em satisfazer o gesto espontâneo dele e substituindo-o pelo seu próprio gesto, isso indica que, possivelmente, não conseguiu se identificar o suficiente com seu filho a ponto de sentir e se adequar às necessidades dele, tornando-o submisso (WINNICOTT, 1960).

A submissão do bebê serve para validar o ato da mãe e, conseqüentemente, ameaça seu verdadeiro *self*. Dessa forma, poderíamos pensar o ponto de origem do falso *self* como uma defesa contra a ansiedade (Winnicott chamaria de agonia) de ter o verdadeiro *self* explorado e/ou aniquilado. Por meio do falso *self*, o indivíduo conseguirá estabelecer uma série de relacionamentos falsos, de forma que, por meio das introjeções realizadas por ele, talvez seja até possível aparentar para os outros que ele possui uma existência real. É importante ressaltar, porém, o que há de positivo nessa instância falsa: ocultar e proteger o verdadeiro *self* por meio da submissão às exigências ambientais (WINNICOTT, 1960).

Segundo Winnicott (1952), é possível estabelecer uma ligação entre o investimento inflamado na esfera intelectual do indivíduo e o falso *self*, de forma que este *self* se alimentará e, simultaneamente, irá alimentar o funcionamento mental, que se encontra dissociado da existência psicossomática. Ao mesmo tempo em que se desenvolve um falso *self* que oculta o verdadeiro, há uma tentativa de uso do intelecto/mental que busca resolver a fragilidade interna (WINNICOTT, 1960). Além disso, o estabelecimento de uma defesa do tipo falso *self* pode levar a dificuldades no processo de simbolização. Quando o bebê conta com uma mãe suficientemente boa, ele pode usufruir da ilusão de criar e controlar o mundo, assim como pode ir reconhecendo, pouco a pouco, o brincar e imaginar, o que o autor chama de elemento ilusório. Essa possibilidade de vivenciar a ilusão e poder reconhecê-la, desenvolvendo o brincar e a imaginação, é o que constitui a base do símbolo.

Entre o lactente e o objeto existe algo, ou uma atividade ou sensação. À medida que isto une o lactente ao objeto (como o objeto parcial materno), se torna a base da formação de símbolos. Por outro lado, à medida que há algo separando ao invés de unir, sua função de levar à formação de símbolos fica bloqueada (WINNICOTT, 1960, p. 133).

Esse bloqueio ocorre quando a mãe não consegue se adaptar às necessidades do lactente. Nesse caso, o processo que proporciona a capacidade de usar símbolos não tem início e, quando ocorre, se dá de forma fragmentada, podendo ocorrer um recuo por parte do bebê dos ganhos já atingidos. A ideia de haver algo *entre* lactente e objeto,

assim como o fato deste algo ser uma atividade, uma ação ou uma sensação, nos remete à ideia de transicionalidade postulada pelo autor. Trata-se, pois, de algo fundamental não só para que haja possibilidade de formação e uso dos símbolos, mas, também, para que possa haver implicação do corpo, ou seja, de sensações e afetos que dizem respeito ao registro corporal, os quais precedem e promovem a simbolização.

4.2.2 Aproximações entre Winnicott e Ferenczi

É possível observamos algumas aproximações entre a ideia de Winnicott acerca do falso *self* e uma dimensão da autoclivagem narcísica de Ferenczi.

Para Ferenczi (1933), a autoclivagem narcísica implica na divisão do ego em duas partes – uma protetora e outra (des)protegida. A parte protetora do ego se desenvolve por meio da identificação com o adulto, enquanto a protegida diz respeito à dimensão infantil e vivida pela criança na cena do trauma. Essa cisão apresenta semelhanças com o desenvolvimento do falso *self* em Winnicott, tendo em vista seu papel como medida defensiva que visa proteger o verdadeiro *self*, mais frágil e relativo à espontaneidade do indivíduo. Dessa forma, ambos os autores chamam a atenção para um processo defensivo mediante a experiência traumática que visa proteger a dimensão mais sensível e verdadeira da criança ameaçada e traumatizada.

As defesas do tipo falso *self* expressam uma dificuldade do indivíduo em entrar em contato consigo mesmo e em desenvolver seu potencial pessoal. Para Ferenczi (1931/1933), a autoclivagem narcísica possivelmente promove perda da sensibilidade das experiências por meio do afastamento de contato da criança com sua parte sensível. A criança busca, anulando esse contato, manter-se numa dimensão “adulta/madura” do ego. De maneira semelhante, o falso *self* pode estar tão deformado que o indivíduo não consegue de fato amadurecer, se expressando por meio de uma pseudomaturidade e de uma intelectualização dissociada de uma existência psicossomática (WINNICOTT, 1960). Em ambos os casos, essas defesas escondem grande fragilidade e distorções no desenvolvimento egóico.

Desta forma, notamos em Winnicott, assim como em outros autores da linhagem ferencziana, uma compreensão sobre o trauma como relacionado a distorções no processo de desenvolvimento psíquico. A diferença é que Winnicott chama a atenção para o caráter do sofrimento da criança frente às rupturas do seu *continuar-a-ser*. Estas

não podem ser consideradas ansiedades de castração – na verdade, o trauma em Winnicott, assim como em Ferenczi e Balint, remete a ansiedades mais primitivas, que denunciam o caráter irrepresentável e impensável da vivência traumática. Por isso, são chamadas pelo autor de “agonias” e não de ansiedades (WINNICOTT, 1963bcd).

4.3 Proposta clínica: regressão à dependência

Pensemos então acerca da proposta clínica de Winnicott para o atendimento dos pacientes traumatizados, que foram mal acolhidos pelo ambiente. O autor destaca que é imprescindível a mudança do *setting* tradicional para que este possa acolher as necessidades primárias que não foram atendidas no início da vida desses sujeitos. Para que desenvolvam seu verdadeiro *self*, é preciso que haja uma provisão ambiental que viabilize e permita que se “desarmem” de suas defesas rígidas, entregando-se aos cuidados de seu analista, estabelecendo uma relação de confiança – justamente uma das tarefas mais difíceis da análise com pacientes traumatizados. Mas, para que haja mudança significativa na constituição e desenvolvimento psíquico, a confiança no analista precisa existir (WINNICOTT, 1964,1965b,1967).

Segundo a teoria winnicottiana, portanto, a partir da relação transferencial com o analista, o sujeito precisará regredir à dependência para, na relação atual, reviver experiências traumáticas ou inaugurar vivências que não puderam ser vividas na infância primária. Assim, os pontos congelados (relativos às vivências traumáticas) seriam acessados e então revividos ou inaugurados, possibilitando ao verdadeiro *self* emergir e se desenvolver fora da organização rígida de defesa anteriormente formada. Haveria então, maior integração do sujeito e maior autonomia para viver – sentir e sofrer as experiências – sem defesas radicais de evitação, clivagem e cisão (WINNICOTT, 1964,1965a,1967,1967a).

A regressão à dependência traz, pois, a ideia de uma nova chance. É como se ele continuasse a vida esperando um momento em que a situação falha pudesse ser descongelada³¹. Isto porque a experiência original da agonia primitiva não pode ser esquecida – cair no passado – a não ser que o ego possa primeiramente reuni-la - agora

³¹ Essa ideia aparece no trabalho de Christopher Bollas *Catch Them Before They Fall* (2012) e tem estreita ligação com o pensamento winnicottiano sobre pacientes em *breakdown* que buscam uma nova chance de se organizarem diante de uma nova provisão ambiental que oferece uma oportunidade de integração egóica.

dentro da sua experiência temporal atual – em que se presume existir o controle onipotente do sujeito (apoiando-se na provisão ambiental de apoio materno/do analista).

Isso demonstra porque as vivências traumáticas ressurgem na atualidade para poderem ser revividas; trata-se de uma impossibilidade dessas vivências serem assimiladas na primeira infância. Se fossem vivenciadas, assimiladas e processadas, teriam representação simbólica e isso possibilitaria que caíssem no esquecimento. Como não possuem representação, os sujeitos não podem se lembrar de algo que “não ocorreu”, uma vez que “não estavam lá”. Sua única possibilidade de “lembrar” o ocorrido é pela experiência do vivido - pela primeira vez - na relação transferencial com o analista.

Nesta perspectiva, Lejarra (2007, p. 136) destaca: “O colapso permanece, desse modo, como um ‘não acontecido’, habitando um ‘não lugar’, insistindo, contudo, em ter direitos de existência e reconhecimento, em ser revivido de alguma forma e integrado”. O medo da loucura, assinalado por Winnicott (1963,1974) como um dos traços que aparecem nos atendimentos desses pacientes traumatizados, torna-se então compreensível. É nessa situação que o analista precisará manter a calma e suportar os ataques do paciente regredido – que se encontra próximo a estados de loucura – sem que precise retaliar. Trata-se de uma situação de extrema tensão que pode durar desde minutos a dias, o que não muda a indicação de que o analista sobreviva a essa situação - os ataques devem ser compreendidos para que a loucura do paciente possa ser administrável, uma vez que ele sozinho não poderá compreender o que está se passando, uma vez que se encontra regredido e dependente. Cabe ao analista compreender seus movimentos, aceitá-los e digeri-los, sem haver necessidade de interpretação, pois encontram-se no campo do sensível e das experiências primárias – as interpretações cedem lugar ao *holding*, sobrevivência e trabalho de elaboração interna do analista, quando compreende a comunicação não verbal do paciente e pode traduzi-la. Vale ressaltar que, embora produza melhora e possibilite a cura, o movimento regressivo do paciente sempre é extremamente doloroso para ele.

4.3.1 Possibilidades e limitações

Algumas correspondências que Winnicott trocou com colegas, paralelamente à produção de seus mais conhecidos escritos teóricos, revelam seus questionamentos e as descobertas acerca de atendimentos clínicos, evidenciando suas possibilidades e limitações e as consequentes mudanças necessárias no manejo.

Em uma carta à Clifford Scott (19/03/1953), Winnicott (1987) afirma que, desde que experimentou regressões de seus pacientes, passou a fazer interpretações em termos de *necessidades* e com menor frequência em termos de desejo³². Explica que, com o paciente regredido, o termo desejo revela-se inadequado. Anos depois, em outra carta a Lili Peller, ele marca a importância de diferenciar necessidades de desejos, ressaltando a estreita relação entre a noção de necessidade e de dependência.

O progresso no estudo do que pode fazer a psicanálise em relação a personalidades limítrofes e esquizoides depende, antes de mais nada, do reconhecimento da dependência como algo que se refere à necessidade. (...) Em meus textos mais recentes, noto que venho tentando enumerar as angústias de tipo psicótico que agrupo ao redor da palavra necessidade. Estas nada têm a ver com pulsões. Têm a ver com coisas tais como desintegração, despersonalização, o oposto do progresso no desenvolvimento emocional, isto é, o aniquilamento, o desmoronar para sempre, a falta de contato com objetos 'não eu', etc. (WINNICOTT, 1987, carta de 15/04/1966, p.188).

Segundo Winnicott (1964), no atendimento de “pacientes difíceis”, a provisão e a manutenção do *setting* são mais importantes que o trabalho interpretativo. Dessa forma, a preocupação em estar com o paciente, possibilitando o ‘continuar a ser’ inicial que, possivelmente não se concluiu de forma satisfatória ou foi interrompido, deve se sobrepor à busca por conteúdos reprimidos e interpretações. Todo o processo analítico do sujeito dependerá de uma avaliação inicial do analista sobre seu paciente. Como ele está, quais foram as conquistas no seu desenvolvimento psíquico, onde foi que o desenvolvimento do *self* se estagnou ou não ocorreu de forma plena. O *setting* e o manejo terapêuticos se modificam, dessa forma, tornando-se plásticos e adaptáveis ao paciente ao invés de fazer com que o paciente se adapte ao *setting* e manejo imposto pelo analista.

De fato, quando estamos com um paciente que não pôde experienciar os cuidados iniciais de forma satisfatória, que por algum motivo não teve um ambiente suficientemente bom, percebemos que o manejo e as demandas mudam

³² Como vimos, para Winnicott, diferentemente de Freud, a pulsão sexual não tem a mesma primazia, e o âmbito das pulsões sexuais (chamadas também de instintos) se desenvolve mais tardiamente em relação ao âmbito das *necessidades do Eu*.³² Winnicott pensa as necessidades do Eu de um modo diferente de Freud; para o britânico, trata-se de uma noção inseparável de sua concepção de dependência, essencial para entender os primórdios do crescimento emocional, sendo também fundamental para compreendermos o manejo clínico sugerido por Winnicott no tratamento de pacientes que regredem à dependência.

consideravelmente. Não sabemos, porém, quais exigências serão feitas de imediato; isso ocorrerá apenas gradativamente, pois o paciente precisará começar a ter *esperanças* de que suas exigências serão atendidas, justamente aquelas relativas às necessidades primárias do bebê que não puderam ser acolhidas em sua infância primária.

Porém, quando o analista atende às necessidades desse tipo de paciente, gradualmente percebe que uma série de outras necessidades que esperavam para ser atendidas vão agora ser colocadas para o analista, que parece estar sendo testado. Ou seja, o paciente coloca o analista à prova, comunicando isso na relação transferencial, não necessariamente de forma verbal, mas, como se dissesse: “você precisará decidir se quer ir até o fim ou desistir”. É aí que analista e paciente farão uma espécie de pacto que envolve a *confiança*.

Outro aspecto que podemos enfatizar é que a infância, em termos de uma progressão de zonas erógenas (útil no tratamento de pacientes neuróticos), não é tão útil no caso de pacientes difíceis como o é a ideia de uma progressão da dependência para a independência - movimento de continuidade do desenvolvimento: Uma mãe suficientemente boa, pais suficientemente bons e um lar suficientemente bom realmente proporcionam à maioria dos bebês e das crianças pequenas a experiência de não terem sido significativamente decepcionados. Dentro desse raciocínio, podemos pensar que os sujeitos saudáveis tiveram a oportunidade de construir uma capacidade de acreditar em si mesmos e no mundo - conseguem confiar no outro, no meio que os cerca, e constroem sua estrutura sobre a acumulação da confiabilidade introjetada.

Inicialmente, Winnicott (1954a) aproximou sua ideia sobre regressão à de Freud, procurando pontos de fixação. Sua atitude mudou quando passou a pensar em dois tipos de regressão: uma relativa à retroação em uma direção que constitui o oposto do movimento para frente do desenvolvimento, e outra constitucionalmente muito diferente, embora possa ser clinicamente semelhante. Neste segundo tipo, o paciente regride em razão de uma nova provisão ambiental que, pela primeira vez, permite sua dependência.

Para Winnicott (1945), a ideia de trauma representa uma experiência contra a qual as defesas do ego foram radicais e primitivas no estágio inicial de desenvolvimento emocional do indivíduo. Há um excesso de afetos e um excesso de defesas, um transbordamento pela incapacidade do sujeito de significar o conteúdo ao qual foi exposto. Dessa forma, o resultado do trauma tem de ser certo grau de distorção do desenvolvimento. Winnicott (1955/56) passou a entender as psicoses e, especialmente, a

enfermidade do caso *borderline*, como sendo uma *sofisticada organização de defesa*, derivada de um trauma

O que permitiria que um sujeito não se organizasse de forma defensiva e reativa a um trauma? A maternagem suficientemente boa capacita o bebê a não ter de encontrar o imprevisível em estado de desamparo; a não se organizar defensivamente, de modo a estar sempre pronto para o retorno do trauma, antecipando-o. O que a mãe suficientemente boa proporciona então é um ambiente facilitador que se adapta às necessidades do bebê, ou seja, um ambiente no qual ele pode confiar desde o início. Isso significa que apenas posteriormente, quando o bebê já estiver minimamente integrado, a mãe poderá introduzir alguns fracassos ambientais que ele conseguirá suportar. Há, pois, uma analogia entre a mãe não intrusiva e o que o analista pode fazer dentro do *setting* analítico:

... foi somente em anos recentes que me tornei capaz de esperar e esperar pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no *setting* psicanalíticos e evitar romper este processo natural efetuando interpretações (WINNICOTT, 1968, p.171).

Em síntese: Winnicott evidenciou a importância do uso da regressão à dependência na relação transferencial com pacientes que sofreram falhas primárias. Assim como Ferenczi, transformou o caráter negativo do conceito de regressão em Freud em um conceito positivo, que caracteriza a busca pela cura. Diferentemente de Ferenczi, no entanto, Winnicott postula que a regressão a esse estado de dependência deve ocorrer *naturalmente e espontaneamente* durante o processo analítico do paciente.

Winnicott (1974) acredita que a regressão à dependência possibilite a cura por proporcionar a vivência de uma “loucura” dentro do *setting* analítico – ambiente de acolhimento protegido e confiável – que leva o paciente a reviver seus traumas precoces em estado de não integração e dependência absoluta. Isso cria a possibilidade de o sujeito voltar a ser, descongelando a situação traumática que provocou cisão, recuperando sua espontaneidade e criatividade. A partir dessa experiência, o sujeito poderá começar a correr riscos e a experimentar a vida – conseguirá sofrer como os sujeitos mais integrados (neuróticos). A regressão à dependência terapêutica propicia o progresso em direção à independência por oferecer um novo início. Nesse novo cenário, o sujeito vai ao encontro do verdadeiro *self*, se desfaz de sua organização defensiva patológica e recomeça seu verdadeiro crescimento e amadurecimento emocional. O

resultado desse processo é o sentimento de verdade – o sujeito passa a sentir-se real e autêntico, podendo integrar partes cindidas de seu ego e tornar-se inteiro.

A seguir, retomo os casos clínicos aqui descritos e busco então pensá-los à luz das construções teórico-clínicas winnicottiana.

4.4 Os casos clínicos à luz de Winnicott

Retomando os casos apresentados, penso que a capacidade de brincar, de ser criativo e de confiar no ambiente, de modo a realizar trocas na área intermediária de experimentação, só foi plenamente possível para um dos pacientes - o pequeno Pedro.

Por se tratar de um sujeito já minimamente integrado, com as bases do eu constituídas e bem estruturadas, a partir do momento em que passou a confiar no espaço/analista, Pedro pôde então explorar seu potencial de modo ativo e criativo, alcançando, no decorrer do trabalho, uma crescente integração, confiança em si e no meio. Inicialmente retraído e com aspectos do *self* congelados/não-desenvolvidos, Pedro passou a explorar sua agressividade e, conseqüentemente, sua criatividade, no espaço potencial entre ele e os objetos.

Em contrapartida, Lucas e Maíra apresentavam pouca organização do eu e dificuldades em confiar no outro e no ambiente; ambos se sentiam muito ameaçados pelos objetos porque não puderam chegar a fazer uso deles – permaneciam num campo em que há ameaça de destruição real do objeto e, conseqüentemente, deles mesmos. Provavelmente, isso os levou a fazer um uso muito diferente daquele feito por Pedro do espaço compartilhado entre paciente-analista.

No caso de Maíra, embora ela também tenha constituído um eu muito pouco organizado, havia uma diferença em relação a Lucas. As defesas radicais de Maíra visavam atacar os vínculos e não apenas evitá-los, como no caso dele. Isso implicava a desconstrução e reconstrução de nosso vínculo de forma repetitiva e cíclica.

Lucas, a meu ver, chegou a um momento em sua análise em que seria possível certa abertura para o meio e para o contato com os objetos. Isso dependeria da possibilidade de a analista sustentar um ambiente acolhedor e que respeitasse seu tempo, seus gestos e seus movimentos de retraimento e aproximação. Acredito que essa conquista em seu desenvolvimento emocional seria possível se déssemos continuidade

aos atendimentos.

Ainda no que se refere a Lucas, podemos supor que seu superinvestimento mental (superdotação) ocorreu para proteger seu verdadeiro *self* cindido que precisou ser ocultado. Como vimos, em seu texto sobre o trauma de nascimento, Winnicott (1949) discorre acerca da integração *psique* e soma. Defende que, frente a um ambiente não provisional, a mente do sujeito passaria a dominar a *psique* e a cuidar do psicossoma, tomando para si as funções ambientais. Esse funcionamento mental exacerbado seria uma resposta reativa, uma condição forçada, uma tentativa de proteger o *self* da intrusão ambiental, vivida a partir de uma maternagem falha, gerando então um estado confusional; a mãe se tornaria substituída pelo cuidado mental do sujeito, que passaria a *cuidar dele próprio*. Nesse estado, a *psique* é seduzida para se tornar mente.

De fato, Lucas parece ter se adaptado ao seu diagnóstico (Asperger), quase de forma teatral, para satisfazer a necessidade de sua mãe. Ao descongelar suas defesas tão rígidas e iniciar o estabelecimento de um vínculo comigo, uma pessoa que estava disposta a olhar para ele de verdade (ajudá-lo a acessar seu verdadeiro *self*), Lucas afirmou estranhar o que sentia, chegando a verbalizar: “eu não sei mais quem eu sou”. Parecia então ter defesas que controlavam a sua espontaneidade, e quando esta começou a emergir, provocou um sentimento de despersonalização, de ter perdido a sua forma defensiva anterior. Apesar de isso nos remeter à ideia de um falso *self*, seria mais preciso pensarmos em uma esquizoidia, uma defesa rígida que visa evitar ao máximo o contato com os objetos. Pode-se constatar uma liquidação dos seus potenciais de *self* quando ele busca isolamento do mundo. Há também redução de sentidos, pois Lucas entra em uma lógica que é fruto de suas funções mentais abstratas; ele existe fora da imantação emocional. É como se Lucas “fingisse brincar” com o objeto (*fort-da*) de modo a manter o objeto distante, pois a proximidade é perigosa e o ameaça de fragmentar-se.

A superdotação de Lucas poderia ser considerada então como uma organização defensiva frente ao meio que não pôde acolhê-lo. Há, nesse caso, deformações do ego em sua expressão do verdadeiro *self*, mas não chega a tornar-se uma organização patológica de personalidade tipo falso *self*. Outro aspecto marcante na personalidade de Lucas, que não se encaixa na personalidade do tipo falso *self*, seria sua revolta e não-submissão ao desejo dos pais, de que ele se adaptasse às demandas escolares e ao mundo. Acredito que, mesmo sendo um caso difícil e se tratando de um indivíduo pouco estruturado emocionalmente, Lucas poderia ter desenvolvido seu verdadeiro *self*,

alimentando-o na relação que se inaugurava na situação analítica. Talvez por perceberem uma possível mudança, a família o tenha retirado da análise de forma tão abrupta.

Nos casos apresentados, não podemos deixar de considerar que os três passaram, em maior ou menor grau, por situações muito precoces de não adaptação às suas necessidades. Deformidades na constituição do ego desses pacientes foram inevitáveis e, muitas vezes, fica claro que se trata de uma espécie de falso *self*. Como vimos, o falso *self* equivale ao uso de defesas muito radicais que fecham o acesso a suas potencialidades originárias; dessa forma, a busca do analista é por tornar mais porosa a barreira defensiva para dar acesso aos movimentos do verdadeiro *self* – os gestos espontâneos que comportam tanto a agressividade motora e exploratória como as potencialidades criativas do indivíduo.

Em relação ao *holding* materno, podemos pensar que Lucas e Maíra não vivenciaram, nas relações iniciais com suas respectivas mães, um cuidado contínuo (sem grandes interrupções), previsível, estável e adaptados às suas necessidades. O caso de Pedro poderia ser incluído nesse agrupamento, mas acredito que tenha tido boa adaptação do meio ambiente às suas necessidades no seu primeiro ano de vida. As mudanças e rupturas que ele viveu ocorreram um pouco depois, o que lhe possibilitou uma maior organização e integração egóica e preservação de seu verdadeiro *self*.

As falhas que Lucas e Maíra viveram, de diferentes formas, ocorreram na fase de dependência absoluta e foram relativas a um ambiente pouco ou nada adaptado à sua chegada, que *demandou deles* uma adaptação precoce às necessidades do meio. No caso de Lucas, isso significou ter seus cuidados iniciais interrompidos e delegados à avó materna e ter vivido, na relação com sua mãe, o sentimento de abandono e rejeição. Esses sentimentos ficaram muito evidentes no relato de sua mãe sobre as situações, nos primeiros dois anos de vida dele, quando Lucas, vendo-a partir, chorava agarrado ao portão até vomitar. Maíra, por sua vez, teve uma mãe presente no início de sua vida, porém, bastante desamparada por viver um momento extremamente difícil. Afirmo que a mãe estava presente porque foi ela quem cuidou sozinha de sua filha no seu primeiro ano de vida, no entanto, não estava emocionalmente estável e afinada com as demandas de seu bebê. Podemos supor que a própria mãe se sentia pouco ou nada acolhida para poder oferecer um *holding* adequado - encontrava-se sozinha e distante de toda sua família sem poder obter qualquer ajuda.

De fato, alguns pais (mães e pais) vivem muitas dificuldades no momento do nascimento de seus filhos, o que acaba por impedir que lhes ofereçam um ambiente suficientemente bom. Penso ser de suma importância nos abstermos de julgamentos nesses casos, pois não se trata, muitas vezes, de se negarem aos cuidados, mas de não poderem ou não conseguirem exercê-los, em razão de situações externas e configurações novas de vida. Diante disso, resta aos bebês apenas se defenderem para sobreviver às angústias impensáveis e sensações de aniquilamento. A cisão é um dos mecanismos de defesa disponíveis nesse momento tão primário, em que há pouca ou nenhuma organização egóica, e implica apagar a dor e a angústia vivenciada, envolvendo uma aniquilação da dimensão do ego que estava em contato com aquele sentir. Isso não significa que as etapas posteriores da vida dessas crianças foram completamente interrompidas; elas se organizam de forma adaptada (ou super-adaptada) - aparentam alguma saúde, quando não uma maestria em alguma área super-investida, por exemplo, nas funções intelectuais, em detrimento de outras áreas.

Pensando no destaque que Winnicott dá à qualidade delicada e importante da situação de regressão com esses pacientes, podemos compreender, no caso de Lucas, o medo apresentado pelo paciente e suas defesas rígidas de evitação de contato. Relembrando seus atendimentos e seu movimento de mudança e de um início de descongelamento de defesas, suponho que ele tenha conseguido iniciar um relaxamento (suspensão das defesas rígidas), evidente na sessão em que tomamos chá juntos. Acredito que, se pudéssemos ter tido tempo para que ele vivenciasse a experiência de continuidade, a possibilidade de confiar algum dia em mim e na oferta de um ambiente suficientemente bom, Lucas poderia regredir à dependência e descongelar situações traumáticas para revivê-las comigo, de forma inaugural. Seria necessária uma adaptação extrema às suas necessidades egóicas tão primárias e, principalmente, minha sobrevivência ao que suponho que seriam graves ataques derivados de fúria e ódio contra a figura materna. Não seria uma tarefa fácil, mas eu estava disposta a ajudá-lo por conseguir me identificar com seu desamparo através da contratransferência.

A afirmação de Lucas sobre não saber se gostava de ir às sessões por estranhar-se, seguidas do medo por me ver presa no elevador, me levam a crer que ele possa ter revivido, inesperadamente, experiências primárias das quais não se recordava - experiências iniciais de vulnerabilidade e o sentimento de desconfiança do ambiente e do outro, uma vez que, no início da vida, viu-se abandonado e desamparado.

A mudança de Lucas ao final dos atendimentos, uma vez que soube que não retornaria, me pareceu ser um movimento de retraimento seguido pela restauração de suas defesas rígidas; voltou a traduzir em seu comportamento características de pacientes esquizoides, isolando-se em si mesmo e evitando contato com o meio ambiente. Meu desconforto e tristezas vividos na época – e revividos hoje ao lembrar desses momentos – se referem à sensação que tive de ver a esperança morrer em Lucas. É como se ela estivesse adormecida e esquecida há muitos anos, sendo que conseguimos reaquecê-la e iniciar um movimento a fim de resgatá-la, mas, no meio do processo, por uma intromissão abrupta dos pais, o movimento foi interrompido. A esperança, ou esboço do que viria a ser um dia uma esperança, acabou ficando pelo caminho e acredito que esta ruptura tenha sido vivida como uma *falha*. Esta falha, apesar de poder ter sido vivida como nova, já me parecia velha conhecida de Lucas. Nosso último encontro, no qual ele apareceu como o Lucas das primeiras sessões - caracterizado pela fala robótica e distanciamento afetivo - me levam a crer que a porta entreaberta para uma área de possível construção de confiabilidade havia sido fechada. Este é meu maior medo, mas, pela interrupção dos nossos atendimentos, não foi possível acompanhar seu desenvolvimento nem as mudanças que podem ter ocorrido desde então, o que me impossibilitou saber se isto de fato se concretizou ou não.

Podemos afirmar que na situação reeditada na regressão, por mais que conte com a adaptação quase total do analista, haverá falhas, uma vez que ele não pode atender incondicionalmente a todas necessidades egóicas do paciente regredido – trata-se de um analista suficientemente bom, não um analista perfeito. Quando o analista falhar, ocorrerá uma reedição do fracasso ambiental experienciado no início da vida.

Para Winnicott (1956), se o paciente se encontrar regredido ao estado de dependência absoluta, ele não pode diferenciar o analista como sujeito separado de si; ocorre, pois, a reedição da situação inicial da vida, em que mãe-bebê são uma unidade. Porém, algumas intervenções ou gestos do analista podem evidenciar a existência dele como pessoa separada, que se encontra fora da área de onipotência do paciente, sendo então experienciados como *falhas do ambiente*. Qual seria então a diferença de viver situações traumáticas quando bebê e na relação atualizada com o analista?

A proposta winnicottiana é de que, na atualização dessas situações traumáticas, o sujeito possa, *pela primeira vez*, reagir a essas falhas, já que na primeira infância foi possível, apenas, a vivência de sensações difusas de aniquilamento ou vazio, pois não havia um ego integrado, gerando rupturas em seu desenvolvimento emocional e,

consequentemente, cisões. Na situação atual, o paciente pode “usar as falhas”, percebendo-as como exteriores a ele, pode reagir, sentir raiva e lidar com esse sentimento na relação transferencial, de modo a direcioná-lo a um objeto real/concreto: o analista. Isso permitirá que experimente frustrações e decepções e processe os fracassos ambientais traumatizantes, retomando o processo de desenvolvimento emocional interrompido.

Cabe aqui relembrar o caso Pedro - temos um bom exemplo no qual a regressão à dependência pôde acontecer durante o processo analítico da forma proposta por Winnicott. Inicialmente retraído e se ocupando em agradar os outros (o meio/analista), Pedro apresentava uma organização próxima de um falso *self*, embora sua idade me leve a deixar em aberto qualquer diagnóstico. Isso nos ajudou no seu processo de cura, uma vez que uma criança de quatro anos tem mais possibilidades de mudança por possuir defesas menos rígidas e encontrar-se ainda em desenvolvimento. Outra característica do atendimento infantil que nos ajuda é a possibilidade de o paciente, dentro da relação transferencial, *brincar* com o analista, trazendo experiências muito próximas das que teve na relação com a mãe no início da vida.

Assim, quando Pedro aparecia, nas brincadeiras, como um bebê tigre, colocava-se como totalmente dependente de mim e, muitas vezes, o foco da sessão era lhe oferecer aconchego, “colo” e maternagem enquanto ele simplesmente permanecia deitado e recolhido. Por outro lado, em momentos de raiva, quando reagia às falhas de minha parte - como restrições no uso dos objetos, intervalos entre as sessões, a própria durabilidade delas, etc. - ele me atacava e me repreendia, me colocava no lugar de vítima de suas torturas médicas, de situações catastróficas, de roubos inesperados no meio da madrugada e de castigos como aluna desobediente e ineficiente. Passamos um longo período apenas lutando – sofria ataques diversos e ininterruptos e, por ter sobrevivido semana após semana, fui dando a noção de que seu ódio e raiva não poderiam me destruir e de que ele poderia explorar seus afetos livremente sem retaliação. Assim, pôde se entregar aos meus cuidados, regredir mais e mais para um estado de dependência quase que absoluta, reeditando situações de maternagem primária em que prevaleciam necessidades de *holding* comumente oferecidas a um bebê.

Interessante que a mãe, na época em que o filho estava mais agressivo e gerando mais tumulto nas sessões e em casa, comentou que havia percebido a seguinte mudança: Pedro havia, pela primeira vez, dito a ela que a amava e lhe dado um beijo no rosto e

um abraço. Isso aconteceu momentos antes de ir dormir, após sua mãe ler para os filhos já na cama. Ela me contou este ocorrido muito surpresa, pois Pedro não costumava demonstrar afeto – nem positivos nem negativos – e ela, apesar de estar preocupada com sua crescente agressividade, percebia que o filho parecia estar mais “livre”.

Podemos afirmar, então, que só após a constatação da sobrevivência do analista é que esses pacientes poderão alcançar um estágio posterior de relação com os objetos, talvez alcançando o status de unidade – tornando-se inteiros e mais integrados para viver a vida sem defesas rígidas e cisões radicais ao se depararem com dificuldades.

Comparando o caso de Pedro com o de Maíra, percebemos uma grande diferença quanto ao uso que cada paciente fez da relação com a analista. Maíra não conseguia “usar minhas falhas” sem sentir uma enorme ameaça. Mesmo que vivenciasse momentos de relaxamento e aparente confiança, em que construíamos algo juntas (tigelas) ou apenas permanecíamos juntas durante a sessão, percebia que a paciente se retraía em um estado de desconfiança e não conseguia sustentar alguma continuidade em nosso relacionamento, evitando explorar seus afetos comigo e buscando, de forma evacuativa, livrar-se deles, fossem positivos ou negativos. Ao aproximar-se de uma situação que gerava ansiedade, raiva ou desconforto, Maíra destruía tudo em volta aniquilando qualquer possibilidade de fazer uma experiência da sua destrutividade em fantasia, mediada pelo brincar; era tudo muito direto, verdadeiras passagens violentas ao ato. Recordo-me de situações assim enquanto jogávamos Cata Varetas, Cara a cara, *Jenga* e Uno: sempre que percebia que ia perder ou que eu dissesse algo que ela não gostasse - um comentário simples para prosseguir o jogo ou algo sobre regras – Maíra interrompia o jogo, bagunçava tudo ou abandonava-o, espalhando as peças ou me agredindo e me machucando “sem querer” com os objetos.

A tendência era então atuar nas relações reais com as pessoas/objetos de forma a testar a sua permanência, sobrevivência a seus ataques, não mais em fantasia, mas em realidade. É o que Winnicott descreve como característica do paciente *borderline* e também dos sujeitos com tendência antissocial: buscam encontrar o objeto, interagir com ele, atacá-lo e ver se sobrevivem – pode ser pelo ataque ao vínculo, roubando algo dele ou tentando destruí-lo fisicamente.

No caso de Maíra, o meio ambiente não equivale mais à mãe de um bebê que tudo suporta e sobrevive – o meio ambiente é repleto de sujeitos que retaliam ao serem atacados, que punem, como se traduzissem as tentativas de ataque em: “você consegue sim destruir o objeto, cuidado. Se o fizer, será punido, destruído também”. Mais uma

vez, a ideia de regressão à dependência ganha relevância, sendo imprescindível então que o analista (protegida) sobreviva inúmeras vezes aos ataques em fantasia do paciente, possibilitando que este integre seu Eu de forma a poder, quem sabe, se relacionar com os objetos e sua alteridade.

Em minha percepção, o único momento em que Maíra assegurou-se de que poderia confiar em mim se deu no seu retorno aos atendimentos, após uma interrupção, quando encontrou a sala exatamente igual a como a havia deixado, bem como sua caixa e suas produções no armário. Maíra demonstrou então alívio (por não haver retaliação) e certo contentamento; no entanto, esses afetos positivos e o movimento de ir em direção ao outro, pela confiança, foi bruscamente interrompido pela sua imediata desconfiança e medo, que a levaram a romper sem dar espaço para qualquer construção e aliança com o outro.

Hoje percebo que esses movimentos agressivos eram de extrema importância para Maíra e que, embora de forma turbulenta, descontinuada e muitas vezes falha, a minha sobrevivência a eles era o que a paciente buscava na relação comigo. Acredito que levaria muito tempo para, talvez, ela confiar em mim e internalizar uma relação boa de objeto advinda da relação transferencial comigo. Maíra parecia comunicar, transferencialmente, suas vivências primárias tão insuportáveis. Apesar de não conseguir transmiti-las pela fala, o fazia na relação transferencial provocando em mim vivências contratransferenciais muito fortes. Havia sempre a evacuação de todos os afetos e vivências, de modo que eu deveria, por supostamente ser mais integrada e capaz, digeri-las e contê-las para a paciente. Acredito que Maíra precisasse vivenciar isso continuamente porque ainda não possuía espaço interno para conter essas experiências. Podemos nos referir a essa situação chamando-a do comportamento de um sujeito bidimensional; ou seja, quando ele entra em contato com a realidade psíquica, não encontra espaço interno de continência e precisa evacuar as experiências insuportáveis. Cabe ao analista, por demanda da paciente, conter em si (um continente tridimensional) as angústias e vivências dela para que, posteriormente, elas possam ser devolvidas de forma já digerida.

Penso então que minha tarefa com Maíra seria a de sobreviver muitas e repetidas vezes aos seus ataques, para que, num espaço longo e ininterrupto de tempo/atendimento, ela pudesse assimilar a continuidade, previsibilidade, confiabilidade e sobrevivência do objeto (analista). No caso dessa paciente, tão

gravemente cindida, isso não foi possível pelas inúmeras interrupções e dificuldades dela e também dos pais em proporcionarem continuidade ao nosso trabalho.

Por fim, destaco mais uma vez a importância de se considerar que, nos primórdios da vida desses pacientes, as respostas dos ambientes foram inadequadas, levando então à necessidade de regressão à dependência na relação transferencial, de modo que, com o analista, pudessem reviver e/ou inaugurar vivências, passando então da relação de objetos para o uso de objetos.

Considerações Finais

Busquei explorar neste trabalho diferenças e similaridades entre os três pacientes aqui descritos, em termos de tipos de ambiente e de acolhimento recebidos, bem como a importância do processo regressivo na análise para uma ressignificação de questões emocionais e possível melhora na constituição psíquica.

As questões basilares que me orientaram foram as seguintes: O *setting* tradicional funciona com pacientes precocemente traumatizados? Se não, o que seria necessário no atendimento desses casos? Qual o elemento mais importante a ser oferecido? Para respondê-las, foi necessário pensar de que modo os ambientes primários falharam, gerando retraimento e interrupção no desenvolvimento psíquico, e de que maneira cada um dos três pacientes reagiu a isso, apresentando então organizações defensivas e patológicas distintas. A ideia foi então contribuir para compreendermos o que é necessário para que o paciente possa confiar no analista e, assim, entregar-se aos seus cuidados de forma regressiva e dependente, já que, quando há falhas ambientais precoces, a qualidade da relação transferencial tende a ser marcada por desconfiança e dificuldades de vinculação.

Pude concluir então que Pedro, Lucas e Maíra, apesar de se mostrarem semelhantes em diversos aspectos, incluindo as demandas dirigidas à analista, requereram *adaptações diferentes* de minha parte. De fato, na transferência, as experiências traumáticas, de maior ou menor grau, vividas na relação com os seus ambientes de acolhimento primário foram revividas de forma intensa.

No caso de Pedro, ele conseguiu estabelecer uma transferência positiva ao passo que, com Maíra, a relação foi desde o início marcada por extrema desconfiança. Lucas, no início, mostrava-se extremamente defendido, mas, com o passar do tempo, esse movimento foi sendo parcialmente transformado. As demandas dos pacientes também se diferenciavam – o atendimento de Pedro foi centrado no brincar; com Maíra, muitas mudanças no *setting* foram necessárias pela insuficiência de recursos simbólicos e pela intensidade e qualidade negativa de sua relação transferencial comigo; com Lucas, o *setting* não precisou ser modificado tão radicalmente, mas a transferência só ocorreu quando ele começou a confiar em mim.

O caso de Pedro se destaca pelo êxito do trabalho, que levou à retomada de seu processo de amadurecimento e melhora do quadro sintomático. Penso que isso ocorreu

também porque se tratava, a meu ver, de um paciente mais integrado que os demais. Pouco tempo após o início das sessões, mesmo que tenha chegado adoecido ao consultório, Pedro se encontrava já dentro do campo de um atendimento tradicional de neurose, podendo ser considerado uma “pessoa inteira”, pois os elementos propriamente psíquicos já estavam lá. Ele não foi vítima de uma falha básica mais precoce, como Lucas e Maíra. Por meio de suas brincadeiras, me comunicava algo como: “Fiquei doente há um tempo e cheguei aqui assim com quatro anos”. Antes, ao que tudo indica, ele estava bem, já existia um sujeito minimamente constituído – a falha, ou a interrupção em seu desenvolvimento ocorreu pela vivência traumática do nascimento do irmão e suas implicações na vida e na relação de Pedro com sua mãe.

Obviamente, não se trata apenas de classificarmos a gravidade e as possibilidades de melhora baseando-nos apenas na idade e na cronologia dos fatos e acontecimentos. Acredito que Pedro pôde, sim, contar com um ambiente acolhedor dentro e fora do consultório e dele usufruir, e isso fez toda a diferença. Sua família buscou ajuda por ser capaz de identificar seu sofrimento e as dificuldades dele derivadas. Isso mudou totalmente as possibilidades de esse paciente fazer uso e viver as experiências da análise de forma contínua dentro e fora do *setting*.

Em contraposição, nos outros dois casos, a situação era outra, evidenciando como é difícil trabalhar com pacientes que sofreram falhas ambientais muito precoces, sendo mal acolhidos desde o nascimento.

A meu ver Maíra, trazia falhas anteriores ao seu nascimento. A própria mãe admitia que não pôde desejá-la, sonhá-la e nem acreditar na existência da filha antes de sua chegada, pois vivera a gravidez e primeiro ano da menina em grande desamparo – a forma como se referia a esse sentimento era nomeando-o como “descargas de adrenalina”, o que parece uma descrição técnica e do ponto de vista da fisiologia. Minha paciente parecia, assim, não ter uma organização onde repousar, necessitando dar conta de si sozinha, desde antes mesmo de seu nascimento. É como se sua mãe não pudesse criar esse espaço para ela, deixando para a filha a função de se sonhar, se constituir e se sustentar; uma missão impossível.

Durante os atendimentos de Maíra, ficou evidente que o *setting* teve de ser reinventado o tempo todo. Apenas agora consigo concluir que precisaria ter oferecido à Maíra uma narrativa essencial onírica a respeito de sua existência. Precisaria tecer o espaço do *setting* para que ela pudesse se descobrir, se conhecer e, conseqüentemente, se sonhar, contando com minha presença. Ao longo de sua análise, penso que ela

buscava juntar o pai e a mãe para se constituir e assim criar a base que justamente lhe faltara lá atrás. Trata-se de um esforço enorme e comovente de reparar a ruína na qual ela foi recebida. A brincadeira da “torre que desmorona” faz total sentido se pudermos pensar agora, após anos de atendimento, tudo que Maíra precisava que eu sustentasse; sua necessidade de reparar o pai e a mãe juntos – reparar sua origem e uma possível sustentação dela quando veio ao mundo. Pergunto-me: o que é ter vindo ao mundo sem ter sido desejada pelo pai e pela mãe? Como pode ter confiança em si ou no outro se os próprios pais não conseguem confiar nela? Este caso foi extremamente difícil de atender e me demandou muita energia física e emocional. Acredito que, contratransferencialmente, tenha vivido a ruína, o desespero e a sensação de impossibilidade que Maíra vivia constantemente.

Penso também que algo faltou - para além da minha oferta de acolhimento, *holding*, *setting* adaptado e manejo diferenciado para atender suas necessidades, havia a premência de acessar uma verdade. Maíra parecia incapaz de criar vínculos, mas continuava procurando estabelecer algum comigo, talvez por ter sentido que havia ali um campo de possibilidades que começou a se abrir. Mas, a cada primórdio de organização, acontecia um novo colapso de desorganização. Hoje penso que ela precisava ouvir do outro sobre a tragédia de sua existência - a situação humana da qual viera é que era impossível, e não ela, Maíra, por ser difícil, destrutiva e por gerar conflitos ininterruptamente. Minha paciente precisava, na verdade, entender o caráter pouco acolhedor de seu ambiente de origem, já que não era produto de si mesma, mas fruto desse ambiente. Fico me perguntando como poderia comunicar a ela a natureza da falha básica que sofreu, de forma a não retraumatizá-la, mas no sentido de tirar dela a responsabilidade absoluta por suas dificuldades. Esta comunicação teria, a meu ver, um valor de verdadeiro *self*, um caráter integrador e constitutivo. Acredito que Maíra poderia compreender e vivenciar uma verdade que buscava incessantemente – a de que sua loucura não a definia; ela era mais do que aquilo e tinha sido vítima do ambiente e do que lhe fora oferecido, e não o contrário.

O paciente Lucas, diferentemente dos outros dois, nos transmite a ideia de um funcionamento esquizoide. Ele buscava liquidar seus potenciais de *self* e se proteger, isolando-se do mundo. Havia uma lógica negativa de retirar investimentos, reduzir os sentidos, exterminar pouco a pouco os contatos, as vivências e os sentimentos, o que me parecia fruto de suas funções mentais abstratas – ele buscava ser elemento abstrato.

Acredito que Lucas tenha iniciado um movimento de descongelamento, de abertura para a possibilidade de estabelecer contato com o outro; uma tentativa tímida de abrir sua porta tão fechada, cerrada e impenetrável. Ensaiei comigo sentimentos desconhecidos por ele, como movimentos de abertura, seguidos de fechamento reativo, desconfiança e incômodos. Alguns episódios durante os atendimentos foram marcantes e decisivos: o momento em que fiquei presa no elevador; o momento em que ele fez um desenho e me explicou metaforicamente sobre suas dificuldades na interação com o outro e o mundo; o dia em que tomamos chá juntos e Lucas pôde relaxar e estar na companhia/cuidado do outro.

Após o episódio do elevador, percebi uma mudança importante: Lucas saiu pela primeira vez de seu narcisismo blindado e me inscreveu como um objeto ao qual ele se ligou. Pensando hoje no ocorrido, creio que, buscando servir de espelho e numa tentativa integradora, eu poderia ter dito que ele era o menino que havia se preocupado comigo quando fiquei presa no elevador. Ou seja, aquele que se preocupava comigo não era um desconhecido, era ele mesmo. Hoje, consigo compreender que Lucas estava em uma expansão maior do que o continente interior para dar conta de tudo aquilo que emergia. Desta forma, o continente deveria ser oferecido por mim. Sabemos que cabe ao analista integrar as partes que ainda se encontram cindidas e devolvê-las ao paciente a partir da experiência compartilhada. Acredito, então, que teria sido fundamental enfatizar: “Você é um sujeito que se preocupa com o outro, que faz coisas inteligentes e interessantes, que cuida da sua avó, que gosta de aprender isso e aquilo, que sente as coisas de tal e tal forma....”. Seria uma tentativa de dar forma e contorno aos pedaços dele que meu paciente ainda não reconhecia como seus.

O segundo episódio marcante e significativo foi o dia em que Lucas desenhou os três círculos e criou sua metáfora sobre a dificuldade de se viver no mundo, de viver no mundo dos objetos. A partir desse momento, se iniciou um novo processo de emergência de angústias e raivas até então congeladas. Foi a primeira vez que se queixou, falando de um incômodo real e genuíno, de sua insatisfação em relação ao mundo, à escola e aos seus pais. Senti que ele poderia passar a reaquecer os afetos congelados e inaugurar um contato com alguma angústia real.

O terceiro episódio mencionado – sessão do chá – foi, para mim, o mais importante de todos. Parece-me que neste dia ocorreu uma breve regressão benigna, e Lucas, pela primeira vez, habitou um vazio. Concluo que faltou, de minha parte, uma capacidade de sonhar essa experiência – faltou narrar e nomear a Lucas o que ele

possivelmente vivia, pois ele não possuía recursos para fazer isso sozinho; falhei com ele ao deixá-lo sozinho nessa angústia. Hoje penso que isso o teria ajudado a se organizar, a entender que aquelas sensações estranhas e novas estavam sendo vividas como desconfortáveis apenas pelo caráter desconhecido, de novidade. Talvez coubesse dizer que eram experiências novas e que, para se conhecer, ele precisaria poder vivê-las comigo - com alguém que estava ali, com ele e que não abria mão de compartilhá-las. “Você está passando por transformações importantes, você tem vivido aqui comigo coisas muito novas e de fato você não sabe onde você está e isso é assustador, mas você não precisa ter medo: pois são as suas experiências que estão te levando a esses lugares. Não é o outro. São as *suas* experiências comigo”.

Penso que o incômodo de Lucas se originava do fato de ele nunca ter experimentado uma integração de seus elementos a partir do rosto de um outro que espelhasse sua vivência. Isso é trágico porque, no momento inicial da vida, de integração, quando estamos no estágio de dependência absoluta, é *necessário* o olhar do outro. Esses fenômenos psíquicos iniciais são dependentes de um contorno e caem no vazio se não forem recebidos por alguém significativo que possa acolhê-los, integrá-los e devolvê-los. Cabe ao analista então servir de espelho, preenchendo o espaço de sonho (vazio) do paciente com *o próprio sonho dele, analista*. É a ideia de que a mãe vê o bebê e o devolve a si mesmo; este é o espelhamento necessário e do qual a integração do indivíduo é dependente. É necessário, então, proporcionar ao paciente as respostas empáticas das quais ele foi privado na infância e cuja ausência determinou o seu adoecimento narcísico.

Embora tenha a convicção de que a regressão à dependência pode trazer efeitos terapêuticos, cada um desses casos pôde revelar possibilidades e impossibilidades nesse sentido. Em especial, o movimento regressivo de Pedro na transferência comigo, dentro do *setting*, foi bastante significativo, possibilitando o atravessamento de angústias, vivências traumáticas, a ressignificação de experiências anteriores, bem como a inauguração de algumas ainda não vividas. Assim, entre os três casos, apenas Pedro pôde regredir à dependência sem interferências ou interrupções no processo, o que possibilitou que ele usufrísse desse estado durante o período necessário a sua melhora. Os demais pacientes não puderam alcançar esse estado - Lucas teve seu atendimento interrompido pelos pais, e Maíra rompeu o vínculo comigo, durante todo o processo, inúmeras vezes.

Ao constatar que os casos poderiam ter tido outro desdobramento se tivesse sido possível a sustentação dessa relação de regressão à dependência, passei a questionar a técnica psicanalítica, minha conduta, a dinâmica familiar e os diagnósticos desses pacientes. Afinal, por que alguns conseguem regredir à dependência e outros não? Penso que a questão de base seria a *confiança* e os cuidados e manejo necessários para que isso pudesse ocorrer; entretanto, a família dos adolescentes e as crianças precisariam aderir ao tratamento para sustentar a sua continuidade.

Pude viver contratransferencialmente o atropelo, o descaso e a anulação vivida por Lucas, quando os pais fizeram comigo o que faziam com ele desde sempre. Essas interferências no atendimento me levam a pensar o quão importante é o vínculo com os pais no caso de crianças e adolescentes, já que o processo analítico é comumente atravessado pelos familiares. De fato, o analista fica sujeito a variáveis que não dependem completamente de seu manejo, como as interrupções no processo por decisão dos pais. As possibilidades de uso do espaço analítico, de continuidade e de sustentação das experiências e das mudanças dependem, em última instância, da *existência do trabalho*. Isto pode suscitar novas reflexões acerca do que propor, desde o início, em termos de um trabalho paralelo com a família.

Por fim, destaco que a realização deste trabalho foi, para mim, um grande desafio e possibilitou, simultaneamente, crescimento e aprendizado enormes. As inquietações suscitadas pelo atendimento de Pedro, Lucas e Maíra me impulsionaram a buscar respostas às questões que permaneciam em aberto. Precisava encontrar nos estudos, nas supervisões e em todo o campo psicanalítico, sentido para as experiências vividas com esses pacientes. Hoje percebo que pude me oferecer e acolhê-los, que estava realmente disponível e interessada neles e em suas vivências. Felizmente, reconheço que, após este estudo, minhas percepções, elaborações teórico-clínicas e meus conhecimentos estão transformados e enriquecidos. Espero, assim, ter contribuído para todos aqueles que vêm trabalhando na clínica, nas pesquisas e na geração de saberes.

O nascer psíquico requer um outro para acontecer - um outro primordial e significativo, capaz de oferecer-se como espelho, com capacidade de continência das angústias e agonias primitivas, de sonhar e desejar, atribuindo àquele que chega um lugar de pertencimento na história e no tempo.

Referências Bibliográficas

ABRAM, J. *A Linguagem de Winnicott - Dicionário das Palavras e Expressões*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BALINT, M. (1937) Early developmental states of the ego: Primary object-love. In BALINT, M. *Primary love and psycho-analytic technique* (pp. 74-90). London: Tavistok, 1965.

BALINT, M. (1959) *Thrills and Regressions*. London, England: H.Karnac (Books) Ltd, 1987.

BALINT, M. (1968) *A falha básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BOKANOWSKI, T. Variações do conceito de traumatismo: traumatismo, traumático e trauma. In *Rev Brasileira de Psicanálise*, v. 39, n. 1, 2005, pp.27-38

BOLLAS, C. *Catch Them Before They Fall: The Psychoanalysis of Breakdown*. Abingdon, Reino Unido: Routledge, 2012.

CINTRA, E.M.U. A descoberta do mundo e a destrutividade originária. *J. psicanal.* [online]. 2015, vol.48, n.89, pp. 67-78. ISSN 0103-5835.

FERENCZI, S. (1913), *Obras Completas*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____ (1924). *Thalassa*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____ (1928a). A adaptação da família à criança. In FERENCZI, S. *Psicanálise IV* (pp. 1-13), São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____ (1928b). Elasticidade da técnica. In FERENCZI, S. *Psicanálise IV* (pp. 25-36), São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____ (1930). Princípio de relaxamento e neocatarse. In FERENCZI, S. *Psicanálise IV* (pp. 53-68), São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____ (1931). Análises de crianças com adultos. In FERENCZI, S. *Psicanálise IV* (pp. 69-83), São Paulo: Martins Fontes 1992.

_____ (1933). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In FERENCZI, S. *Psicanálise IV* (pp. 97-106), São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FIGUEIREDO, L. C. & MINERBO, M. (2006) Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, v.39, n.70, jun. 2006.

FIGUEIREDO, L. C. A tradição ferencziana de Donald Winnicott. Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. *Revista brasileira de psicanálise*, v.36, n.4, São Paulo, Associação Brasileira de Psicanálise, 2002.

_____ Presença, implicação e reserva. In COELHO JR., N. & FIGUEIREDO, L. C. *Ética e técnica em psicanálise* (pp. 9-50). São Paulo: Editora Escuta, 2000.

_____ Confiança: a experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano da cultura. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 41, pp. 69-88, 2008.

_____ A especificidade da pesquisa clínica com o método psicanalítico na situação analisante. *Revista TRIEB da SBPRJ* 2012, vol. XI, No. 01 junho/dezembro de 2012.

_____ *Balint em sete lições*. São Paulo: Escuta, 2002.

FREUD, S. (1886-1889). Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. I. (pp.335-396). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. II. (pp.13-318). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos:

comunicação preliminar. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. II (pp. 39-56). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1893) A psicoterapia da histeria. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. II (pp. 271-316) Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. VII (pp. 117-232). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1912). A dinâmica da transferência. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XII 12 (pp. 131-143). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1914). Recordar, repetir e elaborar. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XII (pp. 191-203). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1915). O instinto e suas vicissitudes. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1916-1917) 25ª conferência: A Angústia. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XIII (pp. 271-316) São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____ (1920). Além do princípio do prazer. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XVIII (pp. 13-85). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1923). O Ego e o Id. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XIX. (pp1. 923-1925). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1926). Inibição, sintoma e angústia. In FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XVII. (1926-1929). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FULGENCIO, L. Winnicott e a Pulsão de Morte: Recusa e Alternativas. In FULGENCIO, L. *Por Que Winnicott?* São Paulo, Zagodoni, 2016.

HOLDERLIN, F. *Hipérion ou o eremita na Grécia*. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

KUPERMANN, D. Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *J. psicanal.* [online]. 2008, vol.41, n.75, pp. 75-96. ISSN 0103-5835.

LAPLANCE, J. E PONTALIS, J. B. (1987). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEJARRAGA, A. L. A noção de trauma em Ferenczi e Winnicott: aproximações e diferenças. *Cadernos de Psicanálise* (Círculo Psicanalítico/RJ), v. 20, pp. 63-80, 2007.

LEJARRAGA, A. L. *Sexualidade infantil e intimidade: diálogos winnicottianos*. 1^a. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

NAFFAH NETO E CINTRA E.M.U. A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. *Alter Revista de estudos Psicanalíticos*, vol. 30 (1) Junho 2012, pp. 33-50. Brasília.

OUTEIRAL, J. E GODOY, L. (2003) *Desamparo e Trauma: Transferência e Contratransferência*. Rio de Janeiro: Reinter Ltda, 2003.

PINHEIRO, M.T. (1993) Trauma e Melancolia. *Percurso - Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. 10, pp. 50-55, 1993.

WINNICOTT, D. W. (1941). Observação de bebês em uma situação estabelecida. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 139-64). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

_____ (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 269-85). Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____ (1949). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 313-40). Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____ (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 389-407) Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____ (1951). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1952). Psicose e cuidados maternos. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 375-87). Rio de Janeiro: F. Alves, 2000.

_____ (1954a). Retraimento e Regressão. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 427-35). Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____ (1954b). A posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 437-58) Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____ (1954-1955). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp.459-81). Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____ (1955-1956). Variedades clínicas da transferência. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 393-98). Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____ (1956). A Preocupação materna primária. In WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 491-98). Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.

_____ (1958). A capacidade para estar só. In WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____ (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 128-39). Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____ (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____ (1963). O Medo do Colapso (*Breakdown*). In WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott.* (pp.70-76). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ (1963a). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação* (pp.70-78). Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____ (1963b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____ (1963c). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 163-74). Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____ (1963d). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 225-33). Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____ (1964). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott*. (pp.77-81). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ (1964). *A criança e seu mundo*. 6ª.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____ (1965a). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas* (pp. 102-15). Porto Alegre: Artmed, 1994.

_____ (1965b). Notas sobre Retraimento e Regressão. In WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott*. (p.116-18). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ (1967). O Conceito de Regressão Clínica Comparado com o de Organização Defensiva. In WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott*. (pp.151-56). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ (1967a). A localização da experiência cultural. In WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade* (pp. 133-43). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1967b). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade* (pp. 153-62). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1968). Sobre “O Uso de um Objeto”. Ilustração Clínica de o Uso de um Objeto. In WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*. (p.170-85). Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

_____ (1969). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas* (pp. 195-202). Porto Alegre: Artmed, 1994.

_____ (1971a). O brincar – uma exposição teórica. In WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade* (pp. 59-77). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1971b). O brincar – a atividade criativa e a busca do eu (*self*). In

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade* (pp. 79-93). Rio de Janeiro: Imago, 1975

_____ (1979). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____ (1987) Carta a Clifford Scott (de 19/03/1953). In WINNICOTT, D. W. *O Gesto Espontâneo*. (pp.190-94). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____ (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Anexo I

Legenda

Lucas

- 1 – O que eu quero
- 2 – O que eu sei
- 3 – O que os outros querem

Amanda

- 1 – Id
- 2 – Ego
- 3 – Superego