

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Valquiria Cruz Manzano

Projeto Winnicottiano: as transformações do *setting* na
psicanálise modificada com pacientes *borderline*

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2020

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Valquiria Cruz Manzano

Projeto Winnicottiano: as transformações do *setting* na
psicanálise modificada com pacientes *borderline*

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto.

São Paulo

2020

Autorizo a divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Manzano, Valquiria Cruz

Projeto Winnicottiano: as transformações do *setting* na psicanálise modificada com pacientes *borderline* / Valquiria

Cruz Manzano -- São Paulo: [s.n.], 2020.

105 p. il. ; 21 x 29,7 cm.

Orientador: Alfredo Naffah Neto.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós - Graduados em Psicologia Clínica, 2020.

1. *Setting*. 2. Donald Winnicott. 3. Margaret Little.
4. *Borderline*. 5. Psicoses. I. Naffah Neto, Alfredo
II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
Programa de Estudos Pós - Graduados em Psicologia Clínica.
III. Título.

BANCA EXAMINADORA

A presente pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código Financeiro 001.88887.190883/2018-00.

This research was financed by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.88887.190883/2018-00.

Dedico este estudo à Margaret I. Little, pelo gesto generoso de compartilhar suas experiências analíticas.

Dedico a conquista desse sonho aos meus pais que me transmitiram a importância de estudar.

Ao meu amado pai Erondino (in memoriam), agradeço por deixar minha vida marcada pelo seu carinho.

À minha amada mãe Palmira, agradeço pelo orgulho que sempre teve de mim, pelo incentivo e apoio que nunca deixou de me oferecer.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este estudo quero agradecer ...

... a Deus, meu amigo de todas as horas, que sinto sempre ao meu lado em qualquer caminhada.

... ao meu orientador, Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto, que acolheu as minhas dificuldades e, carinhosamente, me mostrou caminhos.

... à Banca do Exame de Qualificação, composta pelo Prof. Dr. Claudinei Affonso e Prof. Dr. Eduardo Fraga de Almeida Prado, pela leitura criteriosa e por terem contribuído de maneira enriquecedora para a lapidação do material tão bruto.

... à Banca Examinadora, composta pelo Prof. Dr. Claudinei Affonso, Prof. Dr. Eduardo Fraga de Almeida Prado, Prof.^a Dr.^a. Elisa Maria de Ulhoa Cintra e Prof. Dr. Daniel Schor, pela generosidade de terem aceitado meu convite para participarem da banca de defesa.

... à Prof.^a Dr.^a. Marlise A. Bassani, por fazer-se presente, acessível e acolhedora em todos os momentos em que precisei de seu apoio.

... à Prof.^a Dr.^a. Elisa Maria de Ulhoa Cintra, por mostrar-se atenciosa e afável quando necessitei de suas sugestões valiosas.

... à Prof.^a Dr.^a. Ida Kublikowski, por toda atenção e ajuda disponibilizada referente ao método de estudo de caso de caso clínico adotado para este estudo.

... à Prof.^a Dr.^a. Rosa Maria Stefanini Macedo, pelos esclarecimentos pertinentes aos métodos utilizados e a respeito de todo o trajeto que um estudo de Mestrado necessita percorrer.

... ao Prof. Dr. Joaquim Gonçalves Coelho Filho, por me apresentar aos pensamentos de Winnicott de maneira tão plausível e pelo incentivo ao ingresso no Mestrado.

... a todos meus professores, por terem compartilhado comigo seu conhecimento, bem como suas experiências e desta forma propiciado, cada um à sua maneira, o meu percurso até aqui.

... aos meus pacientes, que tanto colaboraram ao longo do convívio terapêutico para meu crescimento profissional.

... ao CAPES, pelo apoio financeiro deste estudo.

... à Mônica Pereira, Assistente de Coordenação do PEPG da PUC-SP, por ser afetuosa e solícita desde meu ingresso no PEPG.

... à Ana Flávia de Macêdo Rocha, que com sua criatividade elaborou a criação e a edição da apresentação do PowerPoint deste estudo.

... à Prof.^a Aparecida Sueli Ferreira de Sá, em especial, pela revisão textual atenta e dedicada deste estudo.

... à Prof.^a Dr.^a. Teresinha Elisete Coiahy Rocha de Macêdo, pela afetiva dedicação à revisão técnica deste estudo e convivência ao longo do Mestrado se revelando amiga.

... à Maysa Fagundes Pereira Rangel, pela amizade, por me fortalecer com seu coração grandioso e ter caminhado ao meu lado trocando saberes sobre a psicologia, a clínica e a vida.

... à Helena Maria Costanzi Nader, por ser companheira na amizade e na aquisição de conhecimento e por ter me oferecido o melhor de si mesma durante toda a trajetória desta pós-graduação.

... aos meus colegas do PEPG da PUC-SP, por terem sempre uma palavra de incentivo, pelas reflexões solidárias e parcerias férteis.

... a todos aqueles que de alguma forma contribuíram direta e indiretamente na realização deste estudo acadêmico-científico.

Muito Obrigada!

“O que é o *setting*?”

“É a definição do espaço psicanalítico
(...) um espaço que deve ser protegido,
sendo o analista o guardião do *setting*”

André Green (1986/1990, p. 18)

MANZANO, Valquiria Cruz. Projeto Winnicottiano: as transformações do *setting* na psicanálise modificada com pacientes *borderline*. 105 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

RESUMO

Ao longo da história da psicanálise, ao passo que o conhecimento dos quadros clínicos se expandiu, o *setting* e a técnica também foram modificados. O objetivo deste estudo que se situa, basicamente, no campo do projeto winnicottiano: consiste em conhecer melhor alguns recursos que compõe as modificações do *setting* proposto por Winnicott, aqueles que se distinguem no limite da análise padrão que, ao longo da análise do caso Margaret Little, vieram a se revelar como de valor no âmbito do tratamento e ampliando os recursos psicanalíticos por territórios até então pouco explorados. Para a realização deste estudo foi utilizado o caso Margaret Little e sua análise com Donald Winnicott, tal qual ela a descreveu, assim como um resumo de suas duas análises anteriores, ambas malsucedidas. Em determinados pacientes de certos quadros clínicos, como por exemplo, de tipo *borderline*, como foi Margaret Little, estes pacientes tiveram seu amadurecimento emocional interrompido, diante de falhas ambientais traumáticas, apresentando-se com egos fragilizados, o *setting* clássico não era utilizável. Então, o projeto winnicottiano propõe um *setting* que proporciona o *holding* analítico e neste ambiente é oferecida sustentação da situação analítica, podendo o paciente dentro do processo de regressão regredir a fases de dependência absoluta, isto é, no momento em que o amadurecimento maturacional foi interrompido devido à falha ambiental e, assim, se pode propiciar o descongelamento de situações traumáticas e oferecer ao paciente a possibilidade que permita seu amadurecimento emocional. Oferecendo assim, aos nossos pacientes um *setting* como facilitador de amadurecimento emocional, podendo o analista dispor de mais recursos para o enfrentamento das múltiplas faces do sofrimento do homem contemporâneo.

Palavras-chave: *Setting*. Donald Winnicott. Margaret Little. *Borderline*. Psicoses.

MANZANO, Valquiria Cruz. Winnicottian Project: the transformations of the setting in modified psychoanalysis with borderline patients. 105 p. Dissertation (Master in Clinical Psychology) – Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2020.

ABSTRACT

Throughout the history of psychoanalysis, as the knowledge of clinical conditions has expanded, the setting and technique have also been modified. The objective of this study, which is basically located in the field of the winnicottian project: it consists of knowing more about some resources that make up the modifications of the setting proposed by Winnicott, those that are distinguished at the limit of the standard analysis that, throughout the analysis of the Margaret case Little, came to prove to be of value in the scope of treatment and expanding the psychoanalytic resources by territories until then little explored. In order to carry out this study, the Margaret Little case was used and her analysis with Donald Winnicott, as she described it, as well as a summary of her two previous analyzes both unsuccessful. In certain patients with certain clinical conditions, such as, for example, borderline type, such as Margaret Little, these had their emotional maturation interrupted, due to traumatic environmental failures, presenting with fragile egos, the classic setting was not usable. So, the winnicottian project proposes a setting that provides the analytical holding and in this environment support is provided for the analytical situation, and the patient can regress within the process of regression to the phases of absolute dependence, that is, at the moment when maturation was interrupted. Due to environmental failure and, thus, it is possible to thaw traumatic situations and offer the patient the possibility to allow his emotional maturation. Thus, offering our patients a setting as a facilitator of emotional maturity, the analyst being able to have more resources to face the multiple faces of contemporary man's suffering.

Keywords: Setting. Donald Winnicott. Margaret Little. Borderline. Psychoses.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. Apresentação.....	13
2. Objetivo	15
3. Justificativa.....	15
4. Método	17
4.1 A pesquisa-investigação	17
4.2 Estudo de caso de caso clínico.....	18
5. Desenvolvimento	19
CAPÍTULO 1 – A INSUFICIÊNCIA DA ANÁLISE PADRÃO NO CASO MARGARET LITTLE	22
1.1 Análise com Dr. X. (1936 - 1938)	22
1.2 Análise com Ella Freeman Sharpe (1940 - 1947).....	24
CAPÍTULO 2 – A HISTÓRIA DA INFÂNCIA DE MARGARET LITTLE À LUZ DA TEORIA WINNICOTTIANA	33
2.1 O ambiente.....	33
2.2 Os cuidados maternos recebidos.....	39
2.3 O <i>holding</i> psicológico e o físico	45
CAPÍTULO 3 – O QUADRO CLÍNICO PECULIAR DE MARGARET LITTLE	50
3.1 A psicótica <i>borderline</i>	50
3.2 A personalidade esquizóide com sintomas depressivos	52
CAPÍTULO 4 – A ANÁLISE DE MARGARET LITTLE COM D. W. W. (1949 - 1955, 1957) REALIZADA NO <i>SETTING</i> WINNICOTTIANO	57
4.1 Breve apresentação sobre a análise padrão e a análise modificada	57
4.2 O quadro clínico peculiar de Little e o manejo winnicottiano.....	64
4.3 A psicose de transferência estabelecida com Winnicott	69
4.4 O <i>holding</i> corporal oferecido a analisanda.....	73
4.5 A regressão à dependência	79
4.5.1 O fornecimento de um <i>setting</i> que transmita confiança	80

4.5.2 Os períodos de regressão à dependência de Little	82
4.6 O <i>setting</i> estendido.....	87
4.7 A fase final do primeiro período de análise com Winnicott.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99

INTRODUÇÃO

1. Apresentação

A constatação da relevância do *setting* configura-se como ponto de partida deste estudo. Da perspectiva da psicologia clínica esse contexto¹, contribui para seu exercício diante da diversidade de abordagens, das suas marcantes diferenças teóricas e técnicas que permeiam as diferentes linhas em psicologia clínica.

O *setting* terapêutico profissional é um tema relevante com o qual muitos autores se ocuparam em seus escritos, tanto do ponto de vista teórico como clínico, que atendem aos profissionais da psicanálise e das psicoterapias que se norteiam pelas teorias psicanalíticas.

Concordamos que ao longo da história da psicanálise, ao passo que o conhecimento dos quadros clínicos se expandiu, o *setting* e a técnica também foram modificados.

Em determinados casos, o psicanalista inglês Donald Woods Winnicott² propôs modificações no *setting*. Entretanto, teve a preocupação em deixar claro que não se opunha a Freud “em sua palestra no Clube 1952, em janeiro de 1967 quando afirmou que assim que descobriu Freud e o seu método de investigação e tratamento concordou com ele” (COELHO FILHO, 1999, p. 32). “Senti isso de modo tremendo e imagino que, se houver algo que eu faça que *não seja* freudiano, gostaria de sabê-lo” (WINNICOTT, 1967/1994, p. 437. *Itálico no original*).

“A afirmação de Winnicott não deixa de ser verdadeira. Sem dúvida, ele sempre concordou com Freud em sua compreensão e tratamento” (COELHO FILHO, 1999, p. 32) de pacientes de certos quadros clínicos configurados pela organização neurótica de personalidade.

E para a reformulação do *setting* proposta por Winnicott, Ferreira (2007) nos ajuda a compreender:

Winnicott reformulou o “*setting*” terapêutico, percebendo que para certos tipos de patologia, o atendimento psicanalítico clássico não era suficiente e que certos tipos de pacientes requerem um tratamento especial em termos de atuação, de tempo e espaço terapêutico que devem ser, portanto, adaptados às necessidades. (FERREIRA, 2007, p. 16).

¹ Os termos “*setting*” e “contexto” são usados como sinônimos neste estudo.

² Para a leitura da obra de Winnicott se utiliza da publicação em português, comparada pela publicação em inglês. Dessa maneira, as citações ao longo desta dissertação são extraídas ora da publicação em português, ora da publicação em inglês, ao passo que observado alguma dificuldade na tradução que torna difícil a compreensão. Diante disso, as traduções são realizadas pela autora deste estudo.

Isto posto, pode-se entender em outras palavras, que através de sua experiência na prática clínica psicanalítica, Winnicott, constatou que para pacientes de certos quadros clínicos que tiveram seu amadurecimento emocional interrompido, diante de falhas ambientais traumáticas, apresentando-se com egos fragilizados, o *setting* clássico não era utilizável.

A fim de conhecermos, então as modificações de *setting*, teremos que estudar a fundo o caso Margaret I. Little³ que se tornou conhecida internacionalmente, visto que foi exímia psicanalista da Sociedade Britânica de Psicanálise, mas especialmente devido ao livro *Psychotic Anxieties and Containment – A Personal Record of an Analysis with Winnicott* (Little, 1990). Neste livro, Little deixa registrada suas experiências como analisanda, é um relato emocionante, corajoso e sincero de sua análise pessoal com Winnicott e outras duas análises malsucedidas.

“O relato de Margaret Little nos ajuda com a generosidade de quem se dispõe a nos oferecer sua intimidade para que possamos compreender a nossos pacientes e a nós mesmos” (OUTEIRAL, 2001, p. 99).

Embasados neste relato, estaremos desenvolvendo um percurso com o intuito de conhecermos melhor as modificações do *setting* proposto por Winnicott para o atendimento de “pacientes de certa categoria de classificação” (WINNICOTT, 1968c/1994, p. 171) de tipo *borderline*, como foi Margaret Little.

Tendo em vista que o *setting* terapêutico profissional é um tema de extrema importância para a clínica winnicottiana, refletir sobre a prática clínica no *setting* winnicottiano e a transmissão do legado de Winnicott, leva-nos diretamente em direção às contribuições que enriqueceram e favoreceram enormemente o processo de psicoterapia realizado na clínica. Desta forma, abrindo caminhos e contribuindo para soluções mais adaptadas podendo ampliar nossa visão sobre os fatores facilitadores que visam a prática clínica no cenário da atualidade.

Estes serão alguns dos aspectos aprofundados neste trabalho. Assim, com base no exposto, definimos nosso objetivo de pesquisa, explicitado a seguir.

³ Para a leitura do caso Margaret Little se utiliza uma versão eletrônica, uma vez que, a publicação em português, da Imago Editora, com tradução de Maria Clara de B. Fernandes, encontra-se esgotada. Percebemos que há um engano da tradução no título: *Containment* foi traduzido por prevenção, quando seria mais propícia contenção. Esta palavra nos remete à noção de *holding* no tratamento das ansiedades psicóticas, tema tratado no livro. Então a publicação em português será comparada pela publicação em inglês. Dessa maneira, as citações ao longo desta dissertação são extraídas ora da publicação em português, ora da publicação em inglês, ao passo que observada alguma dificuldade na tradução que torna difícil a compreensão. Diante disso, as traduções são realizadas pela autora deste estudo.

2. Objetivo

O objetivo deste estudo que se situa, basicamente, no campo do projeto winnicottiano: consiste em conhecer melhor alguns recursos que compõem as modificações do *setting* proposto por Winnicott, aqueles que se distinguem no limite da análise padrão que, ao longo da análise do caso Margaret Little, vieram a se revelar como de valor no âmbito do tratamento e ampliando os recursos psicanalíticos por territórios até então pouco explorados.

3. Justificativa

Lembro-me exatamente como foi a ideia de escrever o presente estudo, nasceu desde o primeiro contato com o texto “1ª Conferência: conceituações e limites”, que tem como autor o psicanalista André Green (1986/1990), nesta publicação, de uma de suas conferências realizadas no Brasil, em um determinado momento de leitura psicanalítica, encontrei uma pequena pergunta com a sua resposta, estava escrito: “O que é o *setting*? É a definição do espaço psicanalítico (...) um espaço que deve ser protegido, sendo o analista o guardião do *setting*” (p. 18).

A obra do psicanalista Donald Woods Winnicott, assim como o *setting* proposto pelo autor, tem sido objeto de grande relevância e interesse entre estudiosos e pesquisadores no âmbito da psicanálise. A importância de sua obra vem sendo consolidada nas últimas décadas, a originalidade de seu pensamento e suas contribuições enriqueceram os mais diversos meios psicanalíticos. Assim, podemos encontrar nos autores apresentados neste estudo, como por exemplo, Abram (2000), Araújo (2007), Cintra (2020), Coelho Filho (1999), Dias (1999, 2003, 2008), Deus (2020), Ferreira (2007), Hisada (2001, 2002), Khan (2000), Naffah Neto (2003/2017, 2005, 2007/2017, 2008, 2010a/2017, 2010b/2017, 2011/2017, 2020), Outeiral (2001), Prado (2013), dentre outros, estudos que argumentam a favor de que, a partir de sua obra e do projeto winnicottiano, a psicanálise tanto teórica como clinicamente passou por modificações de grande porte.

O projeto winnicottiano e o *setting* proposto por Winnicott foram motivados por pacientes e circunstâncias clínicas que apresentavam dificuldades de serem atendidas pelo *setting* psicanalítico clássico. A existência do projeto winnicottiano, no final do século XX que “já foi chamado de o século de Freud” (MEZAN, 2014, p. 216), foi um grandioso alento para pacientes do século XX e XXI.

No final do século XX e a partir do século XXI no panorama do cenário dos consultórios, hospitais e instituições encontramos a incidência cada vez mais frequente de pacientes de certos quadros clínicos que tiveram seu amadurecimento emocional interrompido, diante de falhas ambientais traumáticas, apresentando-se com egos fragilizados, como por exemplo, pacientes psicóticos e *borderlines*, dentre outros. Estes pacientes “não aproveitam bem a psicoterapia psicanalítica desenvolvida de acordo com *setting* da psicanálise clássica” (HISADA, 2002, p. 1). Assim, o projeto winnicottiano expande a possibilidade de atendimento para um número mais amplo de pacientes, a partir de modificações consideráveis no *setting* proposto por Winnicott. A esse respeito, Little escreve:

Com o correr do tempo, um número menor de pessoas tem procurado tratamento para a doença neurótica, e um número maior para as ansiedades do tipo psicótico, muito mais difíceis de serem tratadas, apesar de não serem sempre totalmente incapacitantes, ou exigirem hospitalização. Isso provocou mudanças na reflexão e na técnica psicanalítica. Winnicott, continuando o seu trabalho com Melanie Klein e aplicando o conhecimento adquirido em seu longo estudo de bebês, crianças e seus pais, tem realizado o tratamento de muitos pacientes com ansiedades psicóticas. (LITTLE, 1992, p. 22).

A minha expectativa é estimular o leitor a refletir e buscar horizontes para facilitar o caminho para o exercício da clínica. Haja visto que, temos nos deparado com “pacientes de certa categoria de classificação” (WINNICOTT, 1968c/1994, p. 171) como foi Margaret Little. Isto é, uma paciente que em razão de ter um quadro clínico peculiar torna oportuno equivocarse e até mesmo enganar psicanalistas que não consideram a viabilidade da existência da organização psíquica denominada psicótica *borderline* constituída por um falso *self*. No exercício da clínica devido ao ritmo e às pressões da sociedade moderna caracterizada pela era digital, a pressa, a necessidade de ganhar tempo, a busca da felicidade e entre outras, ou seja, à rapidez com que tudo isto acontece, o indivíduo se acostuma com agilidade, espera resultados e soluções rápidas para seus problemas. E é o que o paciente também espera, para minimizar seu sofrimento, quando busca atendimento.

No campo de atuação clínica, o estudo do *setting* winnicottiano justifica-se por um número maior de pacientes que tiveram seu amadurecimento emocional interrompido, diante de falhas ambientais traumáticas e pela perspectiva de ampliação do *setting* psicanalítico clássico, apto para solucionar questões clínicas para os quais a psicanálise ainda não havia produzido soluções efetivas. Oferecendo assim, aos nossos pacientes um *setting* como facilitador de amadurecimento emocional, podendo o analista dispor de mais recursos para o enfrentamento das múltiplas faces do sofrimento do homem contemporâneo.

4. Método

4.1 A pesquisa-investigação

Em psicanálise há um pressuposto quando falamos de pesquisa, uma vez que, em princípio é uma redundância, “já que o termo psicanálise já implica, por si só, o termo pesquisa. Dito de outra forma, quando praticamos psicanálise estamos sempre fazendo pesquisa; caso contrário, não estamos praticando psicanálise” (NAFFAH NETO; CINTRA, 2019, p. 22).

Os autores distinguem dois tipos de pesquisa. O primeiro é a pesquisa-escuta pesquisa clínica por excelência, em que a atenção flutuante do analista e as associações livres do paciente fornecem sentido aos fenômenos inconscientes e, em segundo, a pesquisa-investigação, ou seja, a pesquisa teórico-metodológica conhecida como responsável pelo crescimento e aperfeiçoamento da disciplina psicanalítica, visto que, esta pesquisa “se debruça sobre a investigação de problemas teóricos e metodológicos psicanalíticos” (NAFFAH NETO; CINTRA, 2019, p. 24).

Deste modo, podemos afirmar que a pesquisa-investigação será utilizada neste estudo, no sentido de conhecer melhor alguns recursos que compõem as modificações do *setting* proposto por Winnicott, aqueles que se distinguem no limite da análise padrão. Neste âmbito, este estudo tem como principal fonte teórica a obra de Donald Winnicott.

Neste sentido, essa modalidade de pesquisa pressupõe a investigação planejada do campo de conhecimento auxiliando o pesquisador a delimitar o campo de trabalho e a seleção dos problemas teóricos e/ou metodológicos a serem investigados.

A partir disso foi delimitado o campo de investigação para o embasamento teórico psicanalítico, que transcorrerá centrado especialmente nos textos da obra de Donald Winnicott no período entre 1940 e 1970. Abram (2000) salienta que no decurso de sua produtiva e inovadora trajetória teórica “entre os anos de 1931 e 1970 Winnicott escreveu mais de 600 trabalhos” (p. 1). Posto isso, “cada trabalho era uma explanação única dos diversos temas que o ocupavam em sua obra” (p. 1). Entretanto, como nos explica Ferreira (2007) no período entre 1935 e 1941, nos textos produzidos por Winnicott “podemos notar um forte acento kleiniano” (p. 24). A partir de 1941 Winnicott foi se afastando das ideias de Melaine Klein compreendendo a natureza humana sempre a partir de suas experiências e observações clínicas. Assim, é com as suas proposições teóricas e técnicas que delineamos o campo psicanalítico que será apresentado neste estudo.

4.2 Estudo de caso de caso clínico

No decorrer da história da psicanálise detalhes dos atendimentos de casos clínicos nos permitem enveredar pelos seus bastidores, “e nos colocam em território familiar, já que casos clínicos fazem parte de nossa formação como psicólogos e são bastante utilizados em pesquisas na área” (KUBLIKOWSKI, 2018, p. 27).

O projeto winnicottiano se deu a partir do panorama de experiência prática clínica psicanalítica de Winnicott e da sua evolução teórica, que foram se ampliando conforme sua percepção de que para pacientes de certos quadros clínicos que tiveram seu amadurecimento emocional interrompido, diante de falhas ambientais traumáticas, apresentando-se com egos fragilizados, o *setting* clássico não era utilizável.

Concordamos com Guimarães e Bento (2008) quando abordam e distinguem o estudo de caso de casos clínicos e ressaltam: “dessa forma, o estudo de caso em psicanálise está intimamente ligado à experiência clínica. Primeiramente acontece o atendimento clínico e, em seguida, a construção do sentido daquilo que ocorrera na clínica do caso” (p. 92).

Kublikowski (2018) em outras palavras esclarece aquilo que os autores Guimarães e Bento (2008), ressaltaram:

Diferenciam o “estudo de caso” de “caso clínico” que, publicamente apresentado, se torna pesquisa teórica. Dessa forma, a escrita da clínica amplia as significações do patológico e faz a passagem da experiência clínica particular do analista para a teorização clínica compartilhada. O estudo de caso em psicanálise seria então a escrita da clínica, que, além da descrição, envolve a teorização, assim como ocorre a partir de diferentes perspectivas psicoterapêuticas, respeitando as especificidades teóricas que permeiam as diferentes linhas em psicologia clínica. (KUBLIKOWSKI, 2018, p. 27-28).

A partir disso podemos afirmar que o estudo de caso de caso clínico será posto em prática com finalidade da implementação deste estudo, com o caso Margaret Little, paciente atendida em análise com o psicanalista inglês Donald Winnicott em dois períodos: sendo o primeiro de 1949 até 1955, período que durou seis anos com recursos utilizados pelo analista para à saída da psicose; e o segundo em meados de 1957, período que perdurou por mais um ano e meio com recursos utilizados pelo analista para à elaboração do complexo de Édipo. Quanto a isso, interessa-me, principalmente, o primeiro período de análise em que os recursos utilizados se distinguem no limite da análise padrão que, ao longo da análise vieram a se revelar como de valor no âmbito do tratamento.

5. Desenvolvimento

Esta dissertação será apresentada ao longo de quatro capítulos, tendo em vista uma sobreposição entre o caso Margaret Little e as contribuições de Donald Winnicott.

No Capítulo 1, “A insuficiência da análise padrão no caso Margaret Little” terá o escopo de apresentar as duas análises, ambas malsucedidas de Margaret Little, tal qual ela as descreveu. Em ambas as análises a analisanda foi diagnosticada como uma pessoa neurótica, inteira, em referência normal. O capítulo será a partir de um recorte elaborado em duas seções.

Na seção 1.1, “A análise com Dr. X. (1936 - 1938)” exponho um relato muito breve desta primeira análise realizada com analista junguiano, que Margaret Little chamou de Dr. X., com o qual realizou psicoterapia ao longo de dois anos com três sessões semanais.

Na seção 1.2, “Análise com Ella Freeman Sharpe (1940 - 1947)” discorro sobre um resumo da segunda análise de Margaret Little realizada com uma analista freudiana clássica membro da Sociedade de Psicanálise, a Dr^a. Ella Freeman Sharpe, com a qual realizou psicoterapia por mais sete anos. Desenvolvo a perspectiva da neurose e o modo de trabalhar da Dr^a. Sharpe, que utiliza a técnica psicanalítica clássica, baseada na associação livre, na atenção flutuante, como ferramenta clínica, e nas possíveis interpretações, como ferramenta psicanalítica, em que concebiam o predomínio da neurose de transferência centrada em conflitos edipianos.

No Capítulo 2, “A história da infância de Margaret Little à luz da teoria winnicottiana” apresento o percurso da história da infância de Margaret Little à luz da Teoria do Amadurecimento Emocional de Donald Winnicott. O capítulo será a partir de um recorte elaborado em três seções.

Na seção 2.1, “O ambiente” relato a notoriedade atribuída ao papel do ambiente na teoria winnicottiana, assim como, o ambiente da infância de Margaret Little não se manteve facilitador.

Na seção 2.2, “Os cuidados maternos recebidos” abordo a fase da dependência absoluta, a importância da mãe adaptada às necessidades do bebê e os traumas nos estágios iniciais, interrompendo o processo de amadurecimento emocional, assim como as condições emocionais que a mãe de Little teve para se identificar com a analisanda quando bebê.

Na seção 2.3, “O *holding* psicológico e o físico” explicito o conceito *holding* psicológico e o físico oferecido a Margaret Little, quando bebê, o relato da rotina de cuidados excessivos os quais foi submetida durante a infância.

No Capítulo 3, “O quadro clínico peculiar de Margaret Little” como o próprio título indica, exponho o quadro clínico de Margaret Little. O capítulo será a partir de um recorte elaborado em duas seções.

Na seção 3.1, “A psicótica *borderline*” apresento o quadro clínico *borderline* que pode aparentar características de uma personalidade aparentemente normal ou até mesmo neurótica, mas que mascara as falhas ambientais vividas como traumas ocorridas nos estágios iniciais do processo de amadurecimento emocional.

Na seção 3.2, “A personalidade esquizóide com sintomas depressivos” insiro os dois subtipos de quadro clínico *borderline*: a personalidade como se e a personalidade esquizóide. E a dificuldade para diagnosticar um quadro clínico como o de Margaret Little, em razão da organização psíquica denominada psicótica *borderline* constituída por um falso *self*.

No Capítulo 4, “A análise de Margaret Little com D. W. W. (1949 - 1955, 1957) realizada no *setting* winnicottiano” abordo alguns recursos que compõem as modificações do *setting* proposto por Winnicott, em que se distinguem no limite da análise padrão. E o período da análise de Margaret Little com Winnicott, tal qual como ela a descreveu. O capítulo será a partir de um recorte elaborado em sete seções.

Na seção 4.1, “Breve apresentação sobre a análise padrão e a análise modificada”, faço uma breve exposição de alguns pontos da análise padrão e as modificações propostas por Winnicott para caracterizar a análise modificada.

Na seção 4.2, “O quadro clínico peculiar de Little e o manejo winnicottiano” discorro sobre o início da análise de Margaret Little com Winnicott e o conceito de manejo winnicottiano.

Na seção 4.3, “A psicose de transferência estabelecida com Winnicott” relato a ampliação da concepção de transferência em Winnicott, assim a evidente diferença entre neurose de transferência e psicose de transferência. E a psicose de transferência que Margaret Little estabeleceu com o analista.

Na seção 4.4, “O *holding* corporal oferecido a analisanda” apresento o *holding* nos períodos em que o paciente psicótico *borderline* encontra-se temporariamente regredido à dependência que demanda a presença maciça do analista, abrangendo, amiúde, contatos corporais à guisa de *holding*, assim como aconteceu com Margaret Little.

Na seção 4.5, “Regressão à dependência” neste início do capítulo exponho a sequência de eventos necessários para essa regressão à dependência. Esta seção será a partir de um recorte elaborado em duas seções.

Na seção 4.5.1, “O fornecimento de um *setting* que transmita confiança” abordo este tema importante para fornecer um *setting* que transmita confiança, a fim de contribuir com o tratamento de pacientes que utilizam a situação analítica para regredir à dependência. E como aconteceu com Margaret Little.

Na seção 4.5.2, “Os períodos de regressão à dependência de Little” aludo sobre o conceito de regressão à dependência proposto por Winnicott e como aconteceram estes períodos para Margaret Little ao longo da análise com o analista.

Na seção 4.6, “O *setting* estendido” exponho o *setting* proposto por Winnicott, aqui, ganha um sentido estendido que consiste em fazer uso de outros ambientes estendendo o *setting* para além do consultório.

Na seção 4.7, “A fase final do primeiro período de análise com Winnicott” estendo-me sobre o término da análise de Margaret Little com Winnicott.

E por fim, nas considerações finais evidencio aquilo que pude vislumbrar de alguns recursos que compõem as modificações do *setting* proposto por Winnicott, em que se distinguem no limite da análise padrão.

CAPÍTULO 1 – A INSUFICIÊNCIA DA ANÁLISE PADRÃO NO CASO MARGARET LITTLE

1.1 Análise com Dr. X. (1936 - 1938)

Em 1936, Margaret Little morava junto com uma amiga que foi persuadida a procurar análise. Uma vez que esta havia manifestado “um esgotamento nervoso, em 1933, depois do que julgou serem propostas lésbicas feitas por uma colega” (LITTLE, 1992, p. 27). Assim que, a amiga iniciou a análise, Little percebeu que precisava buscar auxílio e tratou de procurar Dr. X.

Margaret Little faz um relato muito breve desta primeira análise com um analista junguiano, que ela chamou de Dr. X., com o qual realizou psicoterapia ao longo de dois anos, com três sessões semanais.

A analisanda nos apresenta sua descrição das circunstâncias da fase inicial da análise, na qual em todas as sessões, durante as três primeiras semanas ficou “tão paralisada de medo, que não era capaz de falar ou se mover no divã” (LITTLE, 1992, p. 27). Dr. X. identificou sua angústia paralisante sem intencionar entendê-la.

No processo de psicoterapia Dr. X. a tratava como um ser humano racional e estimulava sua feminilidade, o que a analisanda não acreditava ser possível apesar de se presumir heterossexual. Uma ocasião Dr. X. disse-lhe: “Você parece estar sempre pensando nas outras pessoas e se desculpendo pela sua existência, como se achasse que não tem direito a ela” (LITTLE, 1992, p. 28). Na última sessão antes do recesso para o Natal, Dr. X. complementou dizendo: “Pelo amor de Deus, seja *you mesma*” (LITTLE, 1992, p. 28. Itálicos no original). Ao que Little respondeu: “Eu não sei como, não sei *quem sou*” (LITTLE, 1992, p. 29. Itálicos no original).

Tendo por exemplo o acima exposto, podemos observar na reflexão de Naffah Neto (2008), o grande erro que corroborou para a insuficiência da análise de Margaret Little com Dr. X.: “o grande erro dele foi pressupor que bastava lhe dar essas sugestões e massagear sua barriga, para acalmar sua angústia paralisante, que tudo se resolveria magicamente” (p. 108).

Nesse sentido, no que se refere ao diagnóstico, cabe assinalar que, a partir de sua experiência clínica Dr. X. diagnosticou Little “tomando-a como uma pessoa neurótica⁴, quase normal” (NAFFAH NETO, 2008, p. 109).

⁴ A palavra neurótica será desenvolvida na seção 1.2 deste capítulo.

Outeiral (2001), por sua vez, considera que durante o período em que permaneceu em análise Margaret Little relatou para Dr. X. “várias “*recordações*” de sua infância, mas parece não ter muita atenção do terapeuta para o seu relato” (p. 94. Itálico no original). Acompanhemos Little em lembranças de sua história de infância:

Contei-lhe que minhas lembranças mais antigas (de quando tinha dois anos) eram de estar obviamente “atrapalhando” e de ser um “transtorno” quando minha irmã Ruth, minha mãe e eu tivemos coqueluche. Eu estava em um berço, no canto do quarto, onde elas estavam na cama juntas. Eu tossi e vomitei, minha mãe se levantou para me segurar e as duas começaram a tossir, “como se eu tivesse provocado aquilo”. Posteriormente, um dia meu pai entrou apressadamente para a refeição do meio-dia. Encontrando a sala cheia de fraldas, penicos e brinquedos e eu tossindo e vomitando no meio, disse irritadamente: “Você não pode fazer essa criança *parar* de vomitar?” (LITTLE, 1992, p. 28. Itálico no original).

Na visão de Little (1992), “nem tudo que o Dr. X. fez foi útil, mas ele tornou possível” (p. 28) desprender-se da amiga com quem morava junto. Convivência que ao longo de três anos estava suportando “longos ataques de choro e mau humor, acusações e ameaças de suicídio que acreditava serem sérias” (LITTLE, 1992, p. 27). Conforme a analisanda sua amiga “saía indignada, dirigia como louca na pista de velocidade e se escondia durante horas, voltando apenas tarde da noite” (LITTLE, 1992, p. 27). O analista a ajudou estabelecer um relacionamento dessemelhante com a amiga. “Em grande parte salientando seu direito a se matar se quisesse, que aquilo seria definitivo e, na verdade” (LITTLE, 1992, p. 28), Little não podia proibi-la. Além disso, desapareceram durante o processo terapêutico “vários sintomas menos importantes, quase todos somáticos” (LITTLE, 1992, p. 28). Dr. X. ainda a incentivou a buscar formação como analista na *Tavistock Clinic*, e a levou como sua convidada a reuniões da Divisão Médica da *British Psycho-Analytical Society*.

Dr. X. conhecia de modo social os pais da analisanda. Entretanto, Little nos explica como se estabeleceu esta relação entre o analista e seus pais: “Ele e o meu pai se deram bem. Minha mãe pediu uma consulta, e ele disse depois que “não conseguia suportá-la”, mas não falou muito sobre isso” (LITTLE, 1992, p. 29).

O término do processo terapêutico ocorreu com o analista colocando fim à análise, dizendo que a analisanda tinha mais necessidade de síntese do que de análise e que seria capaz de pôr em prática sozinha. Sucedeu-se uma doce amizade entre colegas. Dr. X. conhecia a Dr^a. Ella Freeman Sharpe e a apresentou socialmente para Little. Depois de terem sido apresentadas, Little foi visitá-la em sua casa, em 1938. E, no entanto, alguns anos depois Dr^a. Sharpe tornou-se sua analista posterior.

1.2 Análise com Ella Freeman Sharpe (1940 - 1947)

Em 1940, dois anos após o término do primeiro processo terapêutico, Margaret Little se envolveu emocionalmente com um paciente e em conclusão decidiu que não poderia continuar a tratá-lo. Por esse motivo procurou Dr. X., que não estava disponível. Nessa época, com grande ansiedade, procurou outra profissional, assim, aconteceu a segunda análise de Little. Desta vez foi realizada com uma analista freudiana clássica, membro da Sociedade de Psicanálise, a Dr^a. Ella Freeman Sharpe, com a qual realizou psicoterapia por mais sete anos.

É interessante ressaltar, nesse ponto, as palavras de Little referentes ao significado da psicanálise: “psicanálise para mim significava total aniquilação e o meu medo estava em conflito com uma profunda ânsia” (LITTLE, 1992, p. 34).

Nesse âmbito, em sua primeira sessão, novamente, ficou deitada rígida no divã incapaz de falar ou de se mover. Little viu a analista sob a forma quase alucinada e relata a situação com veemência: “Eu a vi envolta em uma espécie de névoa cinzenta, como uma aranha em uma teia formada por seus cabelos. Na época soube que aquilo era ilusório – uma aranha da mente” (LITTLE, 1992, p. 33). Como a Dr^a. Sharpe diante da situação manteve-se calada, Little com medo de aniquilação começou a gritar. Contudo, como nos esclarece Naffah Neto (2008) a analisanda “recebeu, como retorno, uma interpretação do tipo sexual/edipiana” (p. 109) da analista.

Cabe, ainda assim, entendermos este acontecimento clínico de intervenção psicanalítica que se concentra nos conteúdos que a analisanda diz (e não diz) e nas possíveis interpretações, ferramenta psicanalítica, da analista sobre os ditos e os não-ditos. Ou seja, a atitude da analista baseada em uma capacidade de escuta voltada para os conteúdos que a analisanda diz (e não diz) é nomeada de atenção flutuante. É unicamente pela atenção flutuante, como ferramenta clínica, por ela e através dela que a analista pode, junto à associação livre que consiste em orientar a analisanda a dizer o que lhe vier à cabeça, interpretar os conteúdos que afloram no decorrer das sessões. Desta maneira que Dr^a. Sharpe interpretou Little. À vista disso, a interpretação pode ser reconhecida na citação que se segue:

Ela interpretou o meu medo como “ansiedade de castração” e o relacionou com o fato de eu tê-la conhecido através do Dr. X., o que era, é claro, a coisa óbvia, porque o problema que eu levava para ela era claramente edipiano. (LITTLE, 1992, p. 34).

Entendemos, por consequência, a partir da citação de Margaret Little (1992), que Dr^a. Sharpe interpretava sob a perspectiva da neurose, quer dizer, em nível edipiano, mais uma vez Little foi diagnosticada como uma pessoa neurótica, inteira, em referência normal.

Para nos esclarecer a perspectiva da neurose, ainda que brevemente, Winnicott (1958/1983), acompanha a compreensão de Freud a respeito deste princípio essencial da natureza da psicanálise clássica⁵:

Freud estabeleceu a importância do inconsciente reprimido, e em seu estudo da neurose chegou a um ponto crucial, sem dúvida o mais difícil em termos aceitação geral, que denominou complexo de Édipo, com ansiedade de castração como uma complicação inerente. Freud chamou atenção para a vida instintiva da criança humana e para o fato de estarem relacionadas à vida instintiva, conjuntamente com a fantasia total do instinto, as dificuldades principais que se originam em indivíduos normais, isto é, crianças que ultrapassaram os estágios iniciais essenciais do desenvolvimento emocional sem distorção demasiada. Neurose, desta forma, pode ser conceituada como evidência de tensão da ambivalência no relacionamento entre pessoas “inteiras” relativamente normais. (WINNICOTT, 1958/1983, p. 107).

Como lembra Winnicott (1958/1983), na psicanálise freudiana, de modo gradativo, “o estudo da criança levou à formulação dos estágios do desenvolvimento do lactente e da criança anteriores ao complexo de Édipo, as raízes pré-genitais da genitalidade” (p. 107).

A criança que, nos estágios do seu desenvolvimento anteriores à chegada ao complexo de Édipo, de antemão conheceu a ambivalência de seus sentimentos, se encontra no período do estágio do complexo de Édipo, ansiosa com a atividade de gerenciar seus desejos e fantasias, neste momento caracterizado por conta do componente sexual, tendo ao redor seus relacionamentos triangulares, geralmente com as figuras parentais. De acordo com Winnicott, “tais ansiedades são de se esperar; fazem parte da história e implicam em estar viva a criança” (WINNICOTT, 1961a/1994, p. 56).

Entretanto, na ocasião em que o indivíduo, melhor dizendo, a criança não está preparada para suportar os conflitos da realidade psíquica, ela dá início a sintomas da neurose. Isto posto, pode-se discorrer, com relação à neurose que possui suas raízes nas ansiedades ligadas às fantasias e conflitos inconscientes, assim como estabelecer relação com o estágio do complexo de Édipo. Em outro texto, Winnicott expõe:

⁵ Os termos “clássica”, “tradicional”, “ortodoxa” e “velha teoria” são expressões utilizadas por Winnicott para diferir suas concepções das de outros psicanalistas, dentre eles Sigmund Freud e Melanie Klein. Cf., por exemplo, Winnicott (1968c/1994, p. 176) e (1955-6/2000, p. 394). Alguns autores, tais como Coelho Filho (1999, p. 33), Dias (2003, p. 18) e Naffah Neto (2005, p. 439), usam essas denotações feitas pelo próprio Winnicott quando referem-se as obras destes outros psicanalistas, ou seja, da tradição psicanalítica.

Neurose é o termo empregado para descrever a doença das pessoas que ficam doentes no estágio do complexo de Édipo, no estágio de experimentar relacionamentos entre três pessoas totais. Os conflitos originados desses relacionamentos levam a medidas defensivas que, se tornam organizadas em um estado relativamente rígido, se qualificam para o rótulo de neurose. (WINNICOTT, 1963d/1983, p. 197).

Convém, no entanto, destacar algumas peculiaridades. Primeiro a ser destacado é em virtude de que, em Winnicott (1961a/1994), o conjunto de crianças “cujos estágios mais iniciais de desenvolvimento foram satisfatórios e que tiveram problemas” (p. 54) são designados de psiconeuróticos.

Outro aspecto essencial a ser considerado é por conta de que, em Winnicott, ainda que considerada a doença neurótica em todas as suas classificações diagnósticas, para ele é relevante o modo como as medidas defensivas, ou seja, as defesas neuróticas são erguidas, se tornam fixas e são relacionadas à história do desenvolvimento do indivíduo, isto é, do lactente e da criança anterior ao complexo de Édipo. Winnicott afirma que:

Obviamente, o modo como [essas defesas neuróticas] se erigem e se tornam fixas depende em certa extensão, talvez em grande extensão, da história do indivíduo anterior à sua chegada ao estágio das relações triangulares entre pessoas completas. (WINNICOTT, 1963d/1983, p. 197).

De acordo com o autor, “os sintomas neuróticos são organizações de defesa contra a ansiedade, na verdade contra ansiedade de castração, ansiedade que surge dos desejos de morte inerentes ao Complexo de Édipo” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 68).

Ademais a ser mencionado é o grau de rigidez relacionado as defesas formadas pelo indivíduo e indispensáveis diante das ansiedades intrínsecas às relações triangulares. Cito as palavras do autor:

A enfermidade psiconeurótica pode ser medida de acordo com a rigidez das defesas, defesas contra a ansiedade que pertencem à experiência real e imaginária dos relacionamentos triangulares, tal como se dão entre pessoas totais. (WINNICOTT, 1961a/1994, p. 57).

Desta maneira, é fundamental, a fim de que o indivíduo manifeste a doença neurótica, certo grau de saúde e que suas defesas diante das ansiedades relacionadas aos conflitos pertinentes à realidade psíquica evidenciem-se de certo modo rígidas. Winnicott nos explica que:

A criança que está suficientemente bem para alcançar situações triangulares como as que ocorrem entre pessoas sadias na infância e, quando (como mais tarde na adolescência) a vida instintiva está em seu ponto nodal de expressão máxima, fica sujeito a conflitos, que em certa extensão se manifestam como ansiedade ou na forma de defesas organizadas contra a ansiedade. Estas defesas ocorrem na normalidade, mas quando rígidas constituem as formações de sintomas próprios da doença neurótica (não-psicótica). (WINNICOTT, 1962b/1983, p. 65).

Em outro texto, Winnicott (1961a/1994), descreve as defesas que evitam circunstâncias angustiantes: a inibição do impulso, isto é, uma perda de um pouco da pulsão instintual; manifestações psicossomáticas, quer dizer, manifestações corporais do sofrimento emocional; fobias organizadas, a título de exemplo, medo de lobos ou de ratos; tendência a rituais obsessivos para lidar com sentimentos ambivalentes nos conflitos entre amor e ódio.

Relacionada com o estágio do complexo de Édipo e, conseqüentemente, aos relacionamentos triangulares, a neurose, diante disso, tem mais relação às adversidades na vida pessoal. Podemos, desta maneira, entender que são práticas pessoais que têm relação e coerência com os conflitos internos da realidade psíquica e relativas à administração do amor e do ódio nos relacionamentos interpessoais (experiência de ambivalência). No que tange à neurose, Winnicott (1959-1964/1983), afirma que é “a doença que faz parte do intolerável *conflito* que é inerente à vida e ao viver de pessoas normais” (p. 124. Itálico no original).

Cabe ainda reiterar, no tocante ao diagnóstico de uma pessoa neurótica e a interpretação que recebeu, que Margaret Little sentiu-se incompreendida e nos diz: “Mas aquilo não justificava a intensidade do meu pânico, que era muito mais que qualquer terror mortal ou medo da morte” (LITTLE, 1992, p. 34).

Considerando o acima citado, percebemos no comentário de Outeiral (2001), o que contribuiu para a insuficiência da análise de Little com a Dr^a. Sharpe: A analista, “não conseguia perceber a situação clínica tal como ela se apresentava, as ansiedades e fantasias primitivas e um estado de mente correspondente” (p. 95) da analisanda.

Nesse sentido, no que concerne ao medo que sentiu, Little nos descreve:

O meu medo – “um pavor que só as crianças podem sentir” (...) – era de uma total destruição, de ser fisicamente mutilada, ficar irremediavelmente louca, ser morta, abandonada e esquecida por todo o mundo como alguém que nunca existira – “lançada nas trevas exteriores”. (LITTLE, 1992, p. 34).

No relato desta segunda análise, tal como nas considerações que Margaret Little e os autores aqui mencionados Naffah Neto (2008) e Outeiral (2001) que se dedicaram ao estudo deste caso clínico fazem, desponta uma indagação. Encontramo-nos perante uma criança? De

modo cronológico, não. Encontramo-nos perante uma mulher adulta, de que demanda de algo essencial: ser atendida em suas necessidades primárias de primeira infância⁶. Cito Little:

Meu pavor naquela primeira sessão (...), sendo uma expectativa de total destruição, não foi parte de uma neurose de transferência e sim, como percebi muito tempo depois, de uma psicose de transferência, baseada em experiências da infância e primeira infância. (LITTLE, 1992, p. 35).

Para Naffah Neto (2008) “em que pese a escuta deficiente de Sharpe, desenvolveu-se, desde o início dessa segunda análise, o que poderíamos denominar uma *psicose de transferência*” (p. 109. Itálicos no original).

Por sua vez Outeiral (2001) afirma que, “a descrição das ansiedades e dos sentimentos presentes desde a primeira sessão acentuam a percepção de que havia, certamente, uma transferência psicótica” (p. 95).

Contudo, no que se refere à transferência, há certo consenso entre Little (1992), Naffah Neto (2008) e Outeiral (2001) em torno da Dr^a. Sharpe que concebia o predomínio da neurose de transferência centrada em conflitos edipianos. Em seu relato, Little (1992), nos mostra os escritos sobre a técnica da psicanálise que demonstram o modo de trabalhar da Dr^a. Sharpe:

Baseado na ideia de que a psicanálise se interessa totalmente pela sexualidade infantil em todas as suas formas, isto é, relacionamentos com o complexo de Édipo e as fantasias reprimidas sobre os pais, que só podem ser recuperadas via neurose de transferência. (LITTLE, 1992, p. 34).

Em outras palavras, a neurose de transferência significa trazer à consciência o inconsciente reprimido, por intermédio da interpretação que é praticada sessão a sessão com base na relação que se configura entre o analista e o analisando e que “revela o padrão da própria história do paciente no nível do complexo edipiano e na idade de 2-3-4 anos” (WINNICOTT, 1961a/1994, p. 57).

Entretanto, como nos explicaram Naffah Neto (2008) e Outeiral (2001), mencionado anteriormente, desde o princípio dessa segunda análise a narração das ansiedades e das sensações presentes evidenciam o entendimento de que existia, com certeza, uma psicose de transferência. Neste ponto nos esbarramos com a complexidade da experiência transferencial, que nos mostra um fato, como clínica, foi aí que Dr^a. Sharpe tropeçou e o insucesso

⁶ Todas as expressões, aqui apontadas, a título de exemplo: “necessidades primárias de primeira infância”, “baseada em experiências da infância e primeira infância”, “psicose de transferência”, “problemas primários de primeira infância” e “falso *self*” serão desenvolvidas de modo mais detalhado no decorrer desta dissertação.

terapêutico aconteceu. A própria Little (1992), ainda que concisamente, nos apresenta a psicose de transferência na psicanálise freudiana:

Freud (1913), escrevendo sobre neuroses narcisistas (melancolia) e psicoses (esquizofrenia e paranoia) tornou clara a diferença entre elas e as neuroses sexuais (psiconeuroses) porque, nas duas primeiras, só estão envolvidos instintos do ego, sobrevivência e identidade, e essa neurose de transferência não é desenvolvida. (A psicose de transferência não era conhecida naquela época.) Freud (1917) também não encontrou nelas ambivalência, mas apenas uma hostilidade permanente que tornava a análise impossível. (LITTLE, 1992, p. 35).

Convém ainda redizer, no que tange sua análise com Dr^a. Sharpe, Margaret Little sentia falta de reconhecimento de sua verdadeira problemática. Em decorrência, experimentava uma hostilidade em relação à analista que “tornou-se permanente, como um resultado de sua incapacidade de perceber a verdadeira natureza” (LITTLE, 1992, p. 35) de suas ansiedades. Mesmo que a analista tenha conduzido a analisanda com momentos de análise de transferência centrada conflitos edipianos, estes momentos não foram suficientes para superar a ansiedade e as sensações presentes desde o princípio da análise que tinham mais relação com a psicose de transferência devido a problemas primários de primeira infância e menos relação com a neurose de transferência.

No que se refere ao quadro global da análise com Dr^a. Sharpe, Little nos descreve:

O quadro global da minha análise com a Srta. Sharpe é o de luta constante entre nós, ela insistindo em achar que o que eu dizia era devido a um conflito intrapsíquico relacionado com a sexualidade infantil, e eu tentando dizer-lhe que os meus problemas reais eram questões de existência e identidade. Eu não sabia quem era; a sexualidade (mesmo conhecida) era totalmente irrelevante e sem sentido, a menos que a existência e a sobrevivência pudessem ser tidas como certas, e a identidade pessoal pudesse ser estabelecida. (LITTLE, 1992, p. 35).

É relevante evidenciar, nesse ponto, especialmente no âmbito do *setting*, como Dr^a. Sharpe, uma analista freudiana clássica, estruturava o *setting*? Outeiral (2001) responde a tal indagação:

Ella Sharpe estruturava um *setting* onde fosse seguro ser sexual ou hostil, atuando amistosamente com sua paciente, o que a fez sentir – desde sua parte psicótica – como se a analista fosse idêntica à sua mãe: não era, entretanto, “*um ambiente onde fosse seguro estar*”. (OUTEIRAL, 2001, p. 96. Itálicos no original).

Neste *setting* estruturado pela Dr^a. Sharpe, do ponto de vista da analisanda, “eu fui hostil e rebelde, mas o ambiente não era seguro” (LITTLE, 1992, p. 36). Além disso, ainda

nos expõe: “Para mim isso trouxe de volta a mesma confusão e ambivalência que eu experimentava com a minha mãe” (LITTLE, 1992, p. 35).

Nesse quadro analítico, configurado em que a analisanda revivia a mesma confusão e ambivalência que experimentava com sua mãe, diante da postura amistosa da Dr^a. Sharpe, Naffah Neto escreve:

Sharpe, porém – gentil, cálida, generosa, e absolutamente incapaz de perceber as necessidades primárias de Little – encarnava, sem se dar conta, as próprias características da mãe da paciente. Little tornou-se, então, dependente e submissa a ela, como era, originalmente, da mãe. (NAFFAH NETO, 2008, p. 109).

Por consequência, nessa época a analisanda tinha sonhos de luta, confusão e fragmentação, que eram em consonância com o conceito dos conflitos edipianos “interpretados como fantasias de coito violento e desejos reprimidos de ter relações sexuais com o meu pai e de destruir a minha mãe” (LITTLE, 1992, p. 36).

Nesse ínterim Little desenvolveu o desejo de se tornar analista. Assim, depois de entrevistas com o presidente e a secretária de treinamento da *British Psychological Society* inicia sua formação analítica. Neste cenário, Dr^a. Sharpe incentiva a formação de Little e elogiava seu trabalho.

Contrapondo o desejo de se tornar analista, propósito de Little, Naffah Neto (2008) nos apresenta suas informações interpretativas, que se baseiam em: primeiro Little tornou-se dependente e submissa da Dr^a. Sharpe, “mas consciente de não estar recebendo da analista o que precisava” (p. 109). Segundo “o desejo de ela própria tornar-se analista: era o seu falso *self* tentando mimetizar a figura ambiental para poder substituir Sharpe como analista de si própria” (NAFFAH NETO, 2008, p. 109). Em terceiro, o autor destaca alguns medos de Little presentes dessa época, que podem ser identificados na citação que segue: “O que eu realmente temia era a possibilidade de descobrir que era uma “cópia vulgar” da minha mãe ou da Srta. Sharpe (o que dava no mesmo)” (LITTLE, 1992, p. 36).

No desenvolvimento do processo psicanalítico criou-se um impasse referente ao uso do divã. Em alguns momentos Dr^a. Sharpe tratava Little fora do divã, como se estivesse recebendo “uma visita em sua casa” (LITTLE, 1992, p. 35). Por outro lado, em condições que tratava Little deitada no divã “a realidade sempre tinha de ser posta de lado” (LITTLE, 1992, p. 37). Em seu relato, descreve uma circunstância que se repetia em todas as sessões:

Eu, muito mais jovem e gozando de boa saúde, não podia ajudar. Tinha de ficar sem fazer nada, enquanto ela, que corria o risco de um colapso cardíaco, arrastava um

pesado divã de um lado para o outro de uma sala comprida, em todas as sessões. (Minha mãe costumava dizer que eu era “covarde”, sempre seguindo a norma da mínima resistência”. “Para que você serviria numa expedição ao Ártico? E citava Milton em *On his Blindness*”). (LITTLE, 1992, p. 37).

Cabe assinalar que, aqui neste tratamento psicanalítico, percebemos pela narração de Little que se refere de uma evidente discordância entre analista e analisanda. Nesse sentido, de um ponto de vista realista, Naffah Neto (2008), apresenta sua opinião sobre Dr^a. Sharpe:

Além de mal interpretar a realidade psíquica de sua analisanda, nenhum dado de realidade era levado em conta por ela, já que os eventos reais, presentes no relato da paciente, eram sempre considerados como refúgios das fantasias edípicas. (NAFFAH NETO, 2008, p. 109-110).

Tendo em vista o acima citado, “a necessidade de Little de elaborar dois lutos reais, um pela morte do pai, outro pela morte de uma tia muito querida, passaram totalmente em branco na análise, sendo reduzidos a temas edípicos” (NAFFAH NETO, 2008, p. 110).

Por fim, Little sentia-se presa pela analista. Referindo-se a visão que contou na primeira sessão, de ver Dr^a. Sharpe coberta numa névoa cinzenta, conforme uma aranha numa teia feita por seus cabelos, nos diz: “estava duplamente presa à teia de aranha; eu era a louca, não a minha mãe; ela era a que “sabia”, como minha mãe, não eu, sempre soubera; enquanto o *meu* reconhecimento da minha psicose e da psicose da minha mãe era desprezado como fantasia” (LITTLE, 1992, p. 36. *Itálico no original*).

Nesse quadro, de inflexão por parte da Dr^a. Sharpe da sua realidade psíquica, Little nos apresenta em que lugar encontrava-se: “estava novamente no confuso “País das Maravilhas” ou no mundo dos “Espelhos” da minha infância, onde simultaneamente eu “imaginava coisas” e “não tinha imaginação”, onde só podia saber o que via e sabia, e “não sabia nada” (LITTLE, 1992, p. 36).

Por outro lado, do ponto de vista de Outeiral (2001), a análise com Dr^a. Sharpe resultou em aspectos positivos. Apesar de pouco destacados os aspectos positivos desta análise são pautados em sua referência evidente à experiência vivida pela analisanda. O autor nos diz:

O que acho muito significativo e me faz pensar em aspectos positivos desta análise (que são pouco ressaltados pela autora) é que Margaret Little uma busca de sua sexualidade feminina, percebe o interesse de um homem por ela e, pela primeira vez, tem “*um relacionamento sexual com um homem*”. Este ponto, relacionado à sexualidade genital, me parece que recebeu um espaço analítico e de alguma maneira a barreira que parecia intransponível cedeu lugar a uma experiência vivida. (OUTEIRAL, 2001, p. 96. *Itálicos no original*).

Em 1947, pouco tempo depois de as duas concordarem com o término desta análise “nunca realmente iniciada, Sharpe morreu de ataque cardíaco – aliás, como fora previsto por Little que, como boa clínica geral, notara os sinais adiantados da doença e alertara sua analista, sem ser ouvida” (NAFFAH NETO, 2008, p. 108).

Posteriormente ao falecimento da Dr^a. Sharpe, Little buscou atendimento com outra analista, a Dr^a. Payne, que a acolheu, escutou e compreendeu sua situação. Mas naquele momento, por alguma razão não mencionada, a análise com Dr^a. Payne não iniciou.

Procurei a Dr^a. Paryne, e, cujo divã falei e chorei sem parar durante uma hora. No final, ela disse em tom de surpresa: “Mas você está muito doente!” Eu respondi: “É isso que tenho dito à Srta. Sharpe durante os últimos seis anos. Sabia que os meus verdadeiros problemas nunca haviam sido tratados; em vez de empatia houvera “confusão de idiomas” (Ferenzi). Sentindo-se mais do que nunca uma não-pessoa, e sabendo não mais do que antes quem “eu” era, eu estava mais uma vez totalmente exposta à minha ansiedade psicótica, com raiva, culpa, desamparo e desespero esmagadores. (LITTLE, 1992, p. 39).

Percebemos, por conseguinte, a partir da citação de Little (1992), que seu estado psíquico não progrediu após “mais sete anos de análise, praticamente perdidos” (NAFFAH NETO, 2008, p. 109). Desta forma, permanecia necessitando de análise para aguentar sua existência, de acordo com sua narrativa, bastante desesperançada, de novo encontrava-se exposta experimentando sentimentos de sofrimento, instabilidade, angústias apavorantes em si e esmagadoras de seu ser.

CAPÍTULO 2 – A HISTÓRIA DA INFÂNCIA DE MARGARET LITTLE À LUZ DA TEORIA WINNICOTTIANA

2.1 O ambiente

“Contei-lhe que minhas lembranças mais antigas (de quando tinha dois anos) eram de estar obviamente “atrapalhando” e de ser um “transtorno” [...]” (LITTLE, 1992, p. 28).

A fim de compreendermos melhor a história da infância de Margaret Little, é relevante conhecermos o ambiente em que iniciou seu amadurecimento emocional. À luz da psicanálise, no período entre 1940 e 1970, Winnicott propôs uma nova perspectiva teórica. Desenvolveu a teoria do processo de amadurecimento emocional ou teoria do desenvolvimento pessoal, enfatizando a importância do ambiente e sua influência para o desenvolvimento do psiquismo do indivíduo humano.

A teoria está fundamentada sob dois conceitos chave: o primeiro de que todo indivíduo é munido de uma tendência inata para amadurecer e o segundo a existência de um ambiente facilitador, quer dizer, desde o nascimento o bebê necessita de um ambiente facilitador e suficientemente bom que supra suas necessidades de forma contínua e estável.

Sobre o primeiro ponto, Dias escreve:

[...] todo indivíduo humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento, o que significa, à integração em uma unidade. Apesar de inata, contudo, a tendência não vai de si, como se bastasse a mera passagem do tempo. Trata-se de uma tendência e não de uma determinação. Para que a tendência venha a realizar-se, o bebê depende fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. (DIAS, 2008, p. 33).

Winnicott afirma que “precisamos chegar a uma teoria do desenvolvimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que já não nos damos mais por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las” (WINNICOTT, 1962b/1983, p. 65).

Para tanto, apresenta uma teoria do desenvolvimento saudável. A teoria winnicottiana narra que “o ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 29). Winnicott descreve e conceitua as diferentes tarefas, êxitos e adversidades que caracterizam cada um dos estágios do processo de amadurecimento que “começa em

algum momento após a concepção e, quando há saúde, não cessa até a morte” (DIAS, 2008, p. 33).

A autora ressalta que “a ênfase da teoria recai sobre os estágios iniciais, pois é nesse período que estão sendo constituídos os alicerces da personalidade e da saúde psíquica” (DIAS, 2008, p. 34). As diferentes tarefas que caracterizam cada um dos estágios iniciais são: a integração no tempo e no espaço; a habitação gradual da psique no corpo; o início das relações objetais, ou seja, do contato com o mundo externo. Simultaneamente à realização dessas tarefas está sendo constituído um si mesmo (*self*). Estes estágios iniciais no processo de desenvolvimento remetem à necessidade de existir, de sentir-se real e de chegar a determinar-se como uma identidade unitária. Sendo assim, “mesmo com o desenvolvimento, quando o indivíduo se torna de fato um si mesmo individual, este será sempre um indivíduo no ambiente” (ARAÚJO, 2007, p. 19).

Considerando a notoriedade atribuída ao papel do ambiente na teoria winnicottiana, ao ser realizada uma busca na língua inglesa do significado da palavra ambiente (*environment*) encontramos: “1. os arredores (*surroundings*) ou as condições (*conditions*) em que uma pessoa, animal ou planta vive ou opera; 2. o mundo natural” (SOANES, 2001, p. 298).

Em um campo mais específico na obra de Winnicott o livro nomeado “Natureza Humana”, que reúne a essência do pensamento que pontuou toda sua obra, o autor abordando o começo da vida de um bebê, posto que este só pode existir rodeado em cuidados oferecidos por uma ou mais pessoas, nos diz: “o que percebemos como sendo o ambiente do bebê e o que percebemos como sendo o bebê constituem, de fato, uma unidade. Aqui pode ser utilizada a desajeitada expressão conjunto ambiente-indivíduo” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 178).

No dicionário das palavras e expressões utilizadas por Winnicott, escrito por Jan Abram, intitulado “A Linguagem de Winnicott” podemos encontrar que “o primeiro ambiente que se constitui para o bebê é a mãe, sendo que no princípio ambos estão fundidos em uma estrutura ambiente-indivíduo” (ABRAM, 2000, p. 25).

Entretanto, Araújo (2007) destaca que o conceito ambiente winnicottiano não é de fácil compreensão. Em sua obra, Winnicott utilizou-se da palavra ambiente em composição com outras palavras, indicando detalhes peculiares ao conceito no esforço de esclarecê-lo, como por exemplo: ambiente-indivíduo. O psicanalista também fez uso de outras entonações que sugestionam seu significado, como por exemplo: meio, mãe e até *setting*, como na afirmativa: “a psique individual só pode ter início dentro de um determinado *setting*” (WINNICOTT, 1952b/1993, p. 379). Todos os termos aqui descritos, serão explanados de forma mais profunda ao longo deste estudo.

A palavra ambiente esteve, conseqüentemente, aplicada por Winnicott, com base na sua perspectiva, para referir-se às circunstâncias físicas e psicológicas essenciais ao processo de desenvolvimento emocional do indivíduo.

Ao expor sua teorização Winnicott evidenciou uma inclusão: “esta é a teoria do desenvolvimento emocional do indivíduo, que inclui, para mim, a história total do relacionamento individual da criança até seu meio ambiente específico” (WINNICOTT, 1971/1984, p. 14).

Araújo (2007) esclarece aquilo que Winnicott manifestou importante compreender da história total no processo de amadurecimento:

Para ele, é uma história que, além de compreender o crescimento emocional do bebê, vai compreender também o crescimento emocional da pessoa que cuida desse bebê, ou seja, da pessoa responsável pelas condições facilitadoras para que o crescimento do bebê se efetive, atendendo as necessidades específicas deste – a mãe como “ambiente suficientemente bom”. Desse modo, essa teoria abarca a história do relacionamento do bebê com o seu ambiente desde o início deste relacionamento, incluindo o que acontece diante das interferências que dificultam ou impedem a suficiência do ambiente e, conseqüentemente, o crescimento do bebê. (ARAÚJO, 2007, p. 3).

O ambiente inicial do amadurecimento emocional de Margaret Little, conforme se sabe, foi com sua mãe que vivenciou uma infância com histórico familiar complicado e inconstante, com um pai alcoólatra e uma mãe amorosa ao mesmo tempo controladora e mais quatro irmãos. Nesta família, os pais atribuíam-na responsabilidades inapropriadas a uma criança. Little nos descreve:

A infância da minha mãe, na Austrália, foi *horrível*, com um pai alcoólatra e instável e uma mãe amorosa, mas dominadora, intrometida e imprevisível, a quem o meu avô era infiel. Dois irmãos mais velhos, um dos quais a minha mãe adorava, a provocavam e mimavam, assustavam e maltratavam. Um irmão mais novo nasceu cego. Com cinco anos, minha mãe assumiu a responsabilidade de cuidar dele, quando nasceu outra criança. (LITTLE, 1992, p. 51. *Itálico no original*).

Num outro momento, em que se refere a acontecimentos relevantes na história do ambiente da infância de sua mãe, Little comenta:

Minha mãe tinha de ser corajosa, divertida e inteligente. Seu pai também a provocava, mimava e maltratava. Finalmente ele a renegou e ao seu irmão cego. Minha mãe aprendeu a dançar para ele e a chutar, “acidentalmente”, a garrafa de conhaque, também para defender a sua mãe nas brigas com o meu avô. (LITTLE, 1992, p. 51).

Por intermédio do relato de Little, conseqüentemente podemos compreender a especial ênfase dada ao ambiente do crescimento emocional de sua mãe que, desde muito cedo, teve de aprender a cuidar de si mesma e de seu irmão, na ocasião uma criança cega, o que é uma das péssimas circunstâncias que podem ocorrer a uma criança que ainda necessita ser cuidada e, ademais enfrentar situações difíceis com sua família. Conforme Little, sua mãe lhe “disse, pouco antes de morrer, que só conseguiu sobreviver transformando tudo em uma brincadeira” (LITTLE, 1992, p. 51-52).

No processo de amadurecimento é importante ressaltar, do enfoque de Abram (2000), que “o ambiente não pode ser totalmente responsabilizado pelo que sucede ao bebê em termos de sua saúde mental; ele pode tão-somente fornecer um espectro da experiência a ser considerada: tanto pode ser facilitador quanto danoso” (p. 25).

No que se refere à peculiaridade favorável ou desfavorável das circunstâncias ambientais ofertadas ao bebê, simultaneamente com a eficiência ou insuficiência dessas, nos informa Abram (2000) que o “ambiente facilitador possibilita ao indivíduo a chance de crescer, frequentemente em direção à saúde, enquanto que o ambiente que falha, principalmente no início, mais provavelmente levará à instabilidade e à doença” (p. 25).

Portanto, podemos entender em outras palavras, que o ambiente facilitador proporciona uma sensação de segurança e a chance de crescimento saudável, auxiliando na edificação do si mesmo. Entretanto, Winnicott também chama a atenção para o ambiente favorável que torna viável o processo de amadurecimento emocional, “mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial” (WINNICOTT, 1963b/1983, p. 81). Convém destacar que por causa da condição humana de falibilidade e imperfeição, a possibilidade de falha faz parte do ambiente facilitador. Cito Winnicott:

Parte-se do pressuposto de que houve um ambiente facilitador satisfatório, como condição *sine qua non* para o início do crescimento e do desenvolvimento individuais. Há genes que determina padrões e tendências herdadas para o crescimento e a equação de maturidade; não há crescimento emocional, no entanto, a não ser em relação à provisão ambiental, que precisa ser satisfatória. Pode-se notar que a palavra “perfeito” não entra nessa frase. A perfeição pertence às máquinas, e as imperfeições próprias da adaptação humana às necessidades constituem uma característica essencial do meio ambiente facilitador. (WINNICOTT, 1968b/1999, p. 146).

Por outro lado, o ambiente desfavorável às circunstâncias ambientais ofertadas ao bebê, produz o fracasso ambiental que, quando acontece nos estágios iniciais, sobretudo no período de dependência absoluta, são eventos traumáticos que conseqüentemente geram

instabilidade e resultam em doença. Neste cenário, em que o ambiente não é facilitador e as falhas ambientais são severas interrompem o processo de amadurecimento emocional. Esta espécie de falha encontra-se relacionada ao surgimento de casos de psicose.

Os indivíduos que tiveram seu desenvolvimento emocional interrompido, diante de falhas ambientais, pela falta de integração, apresentam-se com egos fragilizados. Os egos fragilizados buscam uma forma de reparar suas experiências mais primitivas, aquelas das quais eles não conseguem se lembrar, mas que são responsáveis por seus sintomas, como: falta de sentido e de realidade na vida (na patologia *borderline*); retraimento e perda de contato com a realidade (na patologia esquizoide).

Diante dessa perspectiva, pode-se entender que o ambiente da infância de Margaret Little não se manteve facilitador, em consequência, sofreu falhas no seu amadurecimento emocional precoce, vivendo em uma situação ambiental desfavorável.

Em sua história familiar, Little era a segunda filha de um casamento de cinco filhos. A sua irmã mais velha, Ruth, era intelectualmente brilhante e uma santa. Para Ruth, “esta vida não valeria a pena se não houvesse uma vida melhor no outro mundo” (LITTLE, 1992, p. 52). A sua irmã mais nova, Cecily, ficou doente depois que seus pais emigraram para a Austrália, em 1934, e faleceu com 28 anos, pouco antes de seus pais chegarem no país. E seus dois irmãos gêmeos univitelinos dez anos mais novos, que nasceram prematuramente após uma gravidez quase fatal quando sua mãe tinha 42 anos.

Cabe também reiterar, que Little resumidamente narra seu histórico de doenças, por necessitar de cuidados devido ao seu estado de saúde, em sua opinião, deve ter sido uma ameaça a sua irmã mais velha, ao dizer:

Para Ruth eu era “irritante”. Devo ter sido uma ameaça à sua supremacia, porque estava sempre doente quando era bebê e, depois disso, precisando de muita atenção e obtendo-a, provavelmente devido a uma hérnia do hiato congênita e a uma condição celíaca (ambas congênicas), que me incomodaram durante toda a minha vida e só foram diagnosticadas quando tinha quase dezessete anos. (Antes disso, é claro, as minhas queixas eram “exagero”, “imaginação” e mais tarde “psicogênicas”, mas sempre algo que “devia controlar”. (LITTLE, 1992, p. 53).

Na visão de Little, seu pai era equilibrado, afetuoso e afável, não muito expansivo com os filhos. Todos seus relacionamentos e atividades sociais foram destruídos pela sua mãe, que o permitia realizar apenas atividades solidárias ou em família, e desta forma ele tornou-se irritável e impaciente. Little, ainda nos explica que sua mãe apesar de fazer o possível para ser boa mãe e esposa era imprevisível. Pelo motivo de ser ansiosa, a tornava excessivamente possessiva, constantemente interferindo na vida e nos relacionamentos alheios. A citação

abaixo é providencial sobre o comportamento de esposa e de mãe, referindo-se a este parágrafo:

Minha mãe fez todo o possível para ser uma boa esposa e mãe, às vezes tendo êxito, mas a ansiedade a tornava uma intrometida compulsiva, possessiva e sempre interferindo na vida e nos relacionamentos dos outros. Era uma pessoa muito inteligente e talentosa, dedicada e terna, mas de um modo totalmente descontrolado, sendo tragicamente prejudicada. A única coisa previsível era que ela seria imprevisível; tinha-se de encontrar modos para lidar com isso. As únicas brincadeiras possíveis – com brinquedos, bolas ou palavras etc. – tinham de ser sugeridas por ela; frequentemente isso era bom, mas qualquer brincadeira iniciada por mim era interrompida, ou ela assumia o seu comando. A espontaneidade, “ideia, impulso, ação ... igual ... junto, sabendo o que fazer” (...) era fracassada. Sua própria mãe, a tirana benevolente, estava sempre por perto, e nem sempre era tão benevolente. (LITTLE, 1992, p. 53).

Little (1992), ressalta que seu tio cego “era praticamente a única pessoa com quem podia conversar. Ele era um homem de estudos, muito culto, entendido em música e muito independente” (p. 53). Contudo, quanto este tio se casou perdeu o contato com ele e ficou deprimida e doente fisicamente.

Considerando-se os relatos acima apresentados, nestas circunstâncias, Margaret Little foi submetida a um ambiente inadequado, uma vez que, era inconstante, intrusivo e dominador. Supomos que, neste ambiente, parecia não haver espaço mental para ela.

À vista disso, convém, demonstrar mais uma vez a falta de adequação do ambiente, em uma de suas recordações infantis contadas durante sua primeira análise:

Contei-lhe que minhas lembranças mais antigas (de quando tinha dois anos) eram de estar obviamente “atrapalhando” e de ser um “transtorno” quando minha irmã Ruth, minha mãe e eu tivemos coqueluche. Eu estava em um berço, no canto do quarto, onde elas estavam na cama juntas. Eu tossi e vomitei, minha mãe se levantou para me segurar e as duas começaram a tossir, “como se eu tivesse provocado aquilo”. Posteriormente, um dia meu pai entrou apressadamente para a refeição do meio-dia. Encontrando a sala cheia de fraldas, penicos e brinquedos e eu tossindo e vomitando no meio, disse irritadamente: “Você não pode fazer essa criança *parar* de vomitar?” (LITTLE, 1992, p. 28. *Itálico no original*).

Durante o processo terapêutico com Dr. X., Little relatou esta passagem de uma de suas recordações infantis, contudo, seu relato não teve muita atenção do analista. Tendo em vista, as lembranças relatadas que eram as de se sentir atrapalhando, um estorvo e de ser um transtorno, em consonância com a teoria winnicottiana, conjecturamos que o ambiente falhou. Perante este conciso relato, conseguimos perceber que se trata de uma criança que passou por situações adversas desde os momentos mais precoces de seu amadurecimento emocional, nos apresentando evidências de que não teve um ambiente facilitador.

2.2 Os cuidados maternos recebidos

*“[...] aquele havia sido realmente o meu primeiro ambiente, do qual eu não conseguia me desligar [...]”
(LITTLE, 1992, p. 50).*

*“Bebê é uma coisa que não existe”
(WINNICOTT, 1952a/1993, p. 208).*

Começamos com esta frase metafórica do psicanalista, segundo a qual demonstrou a relevância do ambiente materno para a constituição do indivíduo humano. Ao justificar a frase, na Sociedade Psicanalítica Britânica, explicou: “Se uma pessoa me mostra um bebê, certamente também me mostrará alguém cuidando do bebê, ou pelo menos um carrinho no qual os olhos e ouvidos de alguém estarão grudados. O que se vê é um par lactante-lactente” (WINNICOTT, 1952a/1993, p. 208). Desta maneira, Winnicott nos evidenciou que é fundamental para a teoria do amadurecimento emocional.

Como dito, anteriormente, Winnicott nos informa que o primeiro ambiente é a mãe. Ou seja, a mãe-ambiente, pois os alicerces para a saúde psíquica estão relacionados aos cuidados maternos nos primeiros meses de vida. O estágio do narcisismo primário é “o que percebemos como sendo o ambiente do bebê e o que percebemos como sendo o bebê constituem, de fato, uma unidade” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 178).

O primeiro ambiente em que Margaret Little havia vivido não apresentava bons alicerces para a saúde psíquica. Diante disto, Winnicott disse-lhe: “Sua mãe é imprevisível, caótica e estabelece o caos ao seu redor” (LITTLE, 1992, p. 50). De acordo com Naffah Neto (2008), “a mãe de Little, comportava um paradoxo: era totalmente caótica, imprevisível e, ao mesmo tempo, controladora, como forma de organizar o caos que disseminava” (p. 113).

É interessante destacar aqui a metáfora apresentada por Winnicott para exemplificar o comportamento da mãe de Little: “Ela é como um daqueles brinquedos que saltam para fora da caixa quando a tampa é aberta, sempre presente em toda a parte” (LITTLE, 1992, p. 50).

De um ponto de vista realista, aliás, de quem enfrenta uma situação difícil de frente, Little conta que: “aquele havia sido realmente o meu primeiro ambiente, do qual eu não conseguia me desligar, apesar da estabilidade e segurança do meu pai, porque o caos dela o afetava também” (LITTLE, 1992, p. 50). Posteriormente, Winnicott reiterou que supostamente ela “teria ficado bem, se tivesse sido entregue, desde cedo, aos cuidados de uma mãe de criação estável” (LITTLE, 1992, p. 50-51).

Winnicott chama a atenção para os estágios iniciais do processo de desenvolvimento emocional do bebê: “no início o lactente é completamente dependente da provisão física pela mãe viva em seu útero e depois como cuidado do lactente” (WINNICOTT, 1963b/1983, p. 81).

Na fase inicial da vida o bebê depende física e emocionalmente da mãe. E encontra-se em um estado de não integração, ou seja, o bebê está fusionado ao ambiente e, mediante a tendência inata ao amadurecimento e os cuidados da mãe, vai se desenvolvendo rumo à sua discriminação do ambiente e à integração em uma unidade.

“Pela própria tendência inata ao amadurecimento e à integração, a necessidade do bebê é chegar a existir e alcançar o sentimento de ser real e habitar num mundo real” (DIAS, 1999, p. 291). Para dar início a essas conquistas, o bebê se vê envolvido com três tarefas que relacionam-se a cuidados maternos específicos: a integração no tempo e no espaço refere-se ao segurar (*holding*); a habitação gradual da psique no corpo é disponibilizada pelo manejo (*handling*), que é uma particularidade do segurar referente aos cuidados físicos; o início das relações objetais, ou seja, do contato com o mundo externo é relativa a apresentação de objetos (*object presenting*). Ao mesmo tempo, em que a mãe viabiliza cada uma das três tarefas, o bebê caminha no sentido da constituição do si mesmo (*self*).

Nesta fase inicial da vida e da realização das tarefas, as falhas ambientais ocorridas são vividas como traumas para o bebê, a noção de trauma na teoria winnicottiana é entendida como uma interrupção do processo de amadurecimento emocional. O primeiro trauma pode ocorrer na fase inicial da vida o bebê, este tipo de trauma prejudica a realização da tarefa básica do processo de amadurecimento: a integração no tempo e no espaço, estabelecimento da psique-soma e da constituição do *self*. Em 1969, Winnicott descreve com exatidão trauma como: “aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma” (WINNICOTT, 1969b/1994, p. 201).

Convém, no entanto, evidenciar que o trauma não é considerado por Winnicott como resultado de um acontecimento único ocorrido na vida do bebê, e sim como consequência de uma sucessão de repetições de falhas da mãe-ambiente. À medida que o cuidado materno ambiental falha na sua função vital de facilitar as conquistas essenciais, ocorrerão distorções no amadurecimento do bebê e, por consequência, o risco de ocasionar psicoses em decorrência de falhas ambientais nessa fase.

Na perspectiva winnicottiana, o cerne do distúrbio psicótico é a interrupção da continuidade do ser, compreendendo a interrupção como uma cisão (*splitting*) da personalidade do bebê. Desta maneira, não consegue sentir-se real, conseqüentemente, o grau de intensidade do distúrbio decorre conforme prematuramente aconteceu a interrupção do processo do desenvolvimento emocional. Quanto a isso, Winnicott nos informa que:

O diagnóstico é feito quando o ambiente não consegue esconder ou aguentar distorções do desenvolvimento emocional, fazendo com que a criança necessite se organizar em torno de uma determinada linha defensiva que possa ser reconhecida como uma entidade doença. Esta teoria parte da premissa de que a base da saúde mental da personalidade é estabelecida nos primórdios da infância pelas técnicas naturalmente adquiridas por uma mãe que esteja preocupada com o cuidado de seu próprio bebê. (WINNICOTT, 1952b/1993, p. 375).

Os traumas que desencadeiam as psicoses são nomeados agonias impensáveis e aconteceram numa fase inicial do amadurecimento, anteriormente da constituição do *self*. E é exatamente por não ter se constituído um “eu” integrado que a agonia é nomeada impensável, visto que ainda não existe uma estrutura do ego desenvolvida, ou seja, uma capacidade egóica para experimentá-la. Não se consegue falar que o bebê pôde experimentar a agonia impensável, dado que se efetivamente isto tivesse acontecido, ele possuiria consciência de que estaria ocorrendo. Contrariamente, o bebê nesta fase não tem consciência de nada e por esse motivo, é tão aterrorizador. Refere-se a alguma coisa a qual não se sabe denominar: “o bebê não conhece qualquer fator externo, bom ou mau, e sofre uma ameaça de aniquilamento” (WINNICOTT, 1961b/1994, p. 60). A agonia detalhada pelo autor não está relacionada com a ansiedade de castração, localizamo-nos dizendo a respeito de uma ansiedade de aniquilação que interrompe a específica existência “esta seria a fantasia de ser devorado e engolido” (WINNICOTT, 1963c/1983, p. 163). Ou seja, quando o bebê se situa frente às agonias impensáveis, o *self* não se encontra constituído, porém aquilo que é interrompido, isto é, aquilo que é ameaçado de ser aniquilado é o núcleo central do *self* verdadeiro iniciante.

Portanto, pode-se considerar que a adaptação da mãe às necessidades do bebê é fundamental, na medida em que o bebê não se acha integrado o suficiente para poder defender-se da falha ambiental sem ser aniquilado.

Ainda, nesta fase das diferentes tarefas e conquistas iniciais do bebê, Dias (2008), em outras palavras, esclarece o que decorre com o processo de amadurecimento quando há falha ambiental:

Apesar de o processo de amadurecimento não ser linear, algumas conquistas têm pré-requisitos e só podem ser alcançadas depois de outras, que são a sua condição de possibilidade. Ou seja, a resolução satisfatória das tarefas de cada estágio depende de ter havido sucesso na resolução das tarefas dos estágios anteriores. Se ocorre fracasso na resolução da tarefa de uma certa etapa, novas tarefas vão surgindo, mas o indivíduo, não tendo feito a aquisição anterior, carece da maturidade necessária para fazer-lhes frente; ele pode até resolvê-las, mobilizando a mente e/ou uma integração defensiva do tipo falso si mesmo, mas, apoiadas em bases falsas elas não farão parte intrínseca do seu si mesmo como aquisições pessoais. Nesse caso, o processo de amadurecimento pessoal é paralisado e um distúrbio emocional se estabelece. (DIAS, 2008, p. 34).

Vale aqui um alerta, que a falha ambiental quando acontece mais tarde, já não impossibilita a estruturação do indivíduo e ocasiona um diferente quadro psíquico. Acompanhem as explicações de Dias:

Isso não significa que, mesmo tendo tido um bom começo, o indivíduo, mais tarde, sendo exposto a uma situação traumática, para além da sua capacidade de suportá-la naquele momento, não possa desenvolver uma psicose. De qualquer modo, esta será diferente das psicoses que se desenvolvem nos momentos iniciais da vida, anteriores à integração num eu unitário. Uma coisa é não ter alcançado uma conquista do amadurecimento. Outra coisa é perdê-la. (DIAS, 1999, p. 286).

As conquistas do amadurecimento não acontecem automaticamente. “O processo, no início, não é intrapsíquico, mas interpessoal, embora, no início, num sentido muito peculiar” (DIAS, 2003, p. 303). Isto é, o campo onde se produz o desenvolvimento é no inter-humano, um entre o bebê e a mãe-ambiente na unidade diádica mãe-bebê.

Os estágios iniciais do bebê implicam em uma relação de dependência absoluta com a mãe. E a mãe nesse cenário inicial da vida do bebê, dispõe de um aumento na capacidade de se adaptar integralmente às necessidades do bebê e a este estado de dependência absoluta. Dias (1999) nos esclarece a esse respeito:

De fato, no mais primitivo dos estágios iniciais, o da primeira mamada teórica, o bebê é uma mera continuidade de ser e sua única expectativa é continuar a ser. Ele está não-integrado, não tem nenhum sentido de tempo ou de espaço e, portanto, nenhum sentido de realidade, nem do si mesmo, nem do mundo. Ele só pode viver nesse estado em função de sua dependência absoluta da mãe e sem nenhuma consciência, seja de sua própria situação, seja das condições que lhe permitem viver nesse estado. (DIAS, 1999, p. 290).

Do ponto de vista do bebê, Winnicott nos diz: “não há, nesse estágio tão primitivo, nenhum fator externo; a mãe é parte da criança” (WINNICOTT, 1962a/1983, p. 59). Nesta relação inicial mãe-bebê não existe uma separação entre o “eu” e “não-eu”, nesse momento, o ego do bebê é sustentado pelo ego da mãe.

Em outras palavras, o que ocorre é a sensação de continuidade do ser, que precisa ser preservada através dos cuidados maternos. A mãe suficientemente boa se esforça para atender o bebê de acordo com suas necessidades. O bebê crê que o seio da mãe é parte dele e que está sob seu domínio. Dessa forma, o bebê experimenta a ilusão de criar e controlar o mundo, essa experiência é chamada por Winnicott, ilusão de onipotência. “Isto tem de ser distinguido de onipotência, que é o nome dado a um tipo de sentimento” (WINNICOTT, 1962a/1983, p. 56).

A capacidade aumentada para captar o que o bebê necessita e o que ele está passando resulta da condição psicológica da mãe, no início de sua tarefa de maternagem, nomeada por Winnicott preocupação materna primária. Acompanharemos, então, suas palavras:

A mãe que desenvolve o estado que chamei de preocupação materna primária fornece um *setting* no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida. (WINNICOTT, 1956b/1993, p. 495).

Essa condição psicológica em que a mãe passa a se identificar com o bebê (que, se não fosse pela gravidez, seria considerada uma doença) pode ser comparada a um estado de retraimento, ou de dissociação ou uma fuga, ou também a uma perturbação em um nível mais profundo, mas apenas desse jeito a mãe pode dar conta da condição de identificar-se com o bebê e, com o passar do tempo e o amadurecimento de seu bebê, possa sobrevir e se recuperar.

A esse respeito, é preciso declarar que:

Esta condição gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final da gravidez;
 Continua por algumas semanas depois do nascimento da criança;
 Não é facilmente recordada, uma vez tendo a mãe se recuperado dela;
 Eu iria mais além e diria que a recordação que a mãe tem deste estado tende a ser reprimida. (WINNICOTT, 1956b/1993, p. 493).

Nesta circunstância, com o propósito de que a mãe permaneça na condição psicológica de preocupação materna primária, torna-se necessário o papel paterno bem exercido e/ou a presença de alguma pessoa, que poderão proporcionar à mãe o amparo e a serenidade essenciais para que ela possa, a seu tempo, realizar bem o seu papel materno.

É interessante destacar, nesse ponto, especialmente nesta circunstância, que a condição psicológica de “preocupação materna primária se constitui no primeiro ambiente especializado. Nesse estado a mãe é saudável, suficientemente boa e capaz de propiciar um ambiente facilitador no qual o bebê consegue ser e crescer” (ABRAM, 2000, p. 186).

De acordo com Margaret Little, não é provável cogitar que sua mãe teve qualquer grau da condição psicológica de preocupação materna primária. Entretanto, como nos explica Little (1992): “Isso não quer dizer que a criança não era importante para ela – apenas minha mãe nunca poderia vê-la a não ser como parte de si mesma, porque correspondia a uma aniquilação” (p. 95).

Além disso, temos que levar em consideração a ideia que a mãe de Little tinha a respeito do sexo, que “era a de um dever desagradável que uma mulher tem para com o seu marido” (LITTLE, 1992, p. 52). Cabe enfatizar aqui, que a mãe de Little não demonstrava condições emocionais de se identificar com seu bebê. O fato pode ser considerado através da ideia que tinha a respeito do parto. “O parto era algo simplesmente horrível que ela mantinha à distância, apertando o corpo para que a sua gravidez não pudesse ser notada, e evitando as dores (que seriam inevitáveis) não pensado nelas, até isso se tornar impossível” (LITTLE, 1992, p. 52). Nestas circunstâncias, “ter medo era covardia e desprezível” (LITTLE, 1992, p. 52).

Nesse cenário, de acordo com Naffah Neto (2008), “é possível imaginar que, já durante a gravidez de Little, o feto fosse objeto de afetos bastante ambivalentes, nos quais o ódio poderia facilmente predominar” (p. 114).

Meramente, se dispor de uma mãe identificada com seu bebê, conseqüentemente, uma mãe suficientemente boa, o bebê conseguirá iniciar o processo de amadurecimento emocional. “Pode-se dizer que uma proteção do ego suficientemente boa pela mãe (em relação a ansiedades inimagináveis) possibilita ao novo ser humano constituir uma personalidade no padrão da continuidade existencial” (WNNICOTT, 1962a/1983 p. 59).

Contudo, devido a “provisão ambiental suficientemente boa na fase mais inicial permite que o bebê comece a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, dominar os instintos e enfrentar todas as dificuldades inerentes à vida” (WINNICOTT, 1956b/1993, p. 497).

Cabe, no entanto, ressaltar que “com o cuidado que ele recebe de sua mãe, cada lactente é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de continuidade do ser” (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 53).

No âmbito da teoria do processo de amadurecimento emocional, a adaptação da mãe suficientemente boa às necessidades do bebê, possibilita a experiência de ilusão de onipotência. A vivência desta experiência irá resultar na ilusão indispensável com a finalidade do processo de amadurecimento saudável.

2.3 O *holding* psicológico e o físico

“[...] enrolada firmemente em um xale,
o que tornava impossível qualquer
movimento dos membros”.
(LITTLE, 1992, p. 96).

Na teoria winicottiana, segundo Abram (2000) as singularidades do cuidado materno que precedem e sucedem o nascimento do bebê contribuem, no sentido de compor o ambiente de *holding*, abrangendo a preocupação materna primária, condição psicológica que lhe propicia fornecer ao bebê o necessário sustento do ego. “Tanto o *holding* psicológico como o físico são essenciais ao bebê ao longo de seu desenvolvimento, e o serão por toda sua vida. O ambiente de *holding* jamais perde sua importância” (ABRAM, 2000, p. 135).

O *holding* implica a integração no tempo e no espaço, que é a tarefa conhecida como a mais básica e essencial das tarefas do processo de amadurecimento e o cuidado materno específico que lhe configura é o protótipo de todos os outros cuidados maternos, ou seja, para que um bebê consiga constituir-se, ele não conseguirá fazê-lo fora do tempo e do espaço e sem o auxílio da mãe. Sobre essa questão, Dias nos diz:

O primeiro sentido do tempo, mundo subjetivo, é o da continuidade da presença, que se instaura pela experiência repetida da presença da mãe, da sua permanência, da continuidade dos cuidados que lhe apresentam continuamente o mundo. O bebê não sabe da existência permanente da mãe, mas sente os efeitos da presença e, vagarosamente, criando uma memória dessa presença, conta com isso. (DIAS, 2003, p. 197).

Sem receber *holding*, por exemplo, as mais simples conquistas pertencentes ao processo de amadurecimento, como a habitação gradual da psique no corpo, podem se dificultar para o bebê.

Convém, no entanto, evidenciar que segundo Abram (2000) ainda que Winnicott constate a influência que o *holding* exerceu de modo direto no início de sua obra, a posição definitiva somente apresenta-se, em 1960. Winnicott descreve o conceito da palavra *holding* sintetizando diversos significados:

Sustentar (*Holding*):
Protege da agressão fisiológica.
Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo.
Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite, e não é o mesmo que com dois lactentes, porque é parte do lactente, e dois lactentes nunca são iguais.

Seguem também as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico como psicológico. (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 48).

Naffah Neto (2011/2017) evidencia o que define o conceito de *holding* descrevendo:

Talvez a forma mais completa para definir *holding* seja descrevendo a mãe como um ego-auxiliar do bebê, posta a serviço da sua sustentação no tempo e no espaço, durante um longo período de tempo em que o bebê vive fundido ao meio ambiente, tendo uma identidade totalmente evanescente e fugidia e dependendo desse cuidado materno, como forma de manter minimamente uma *continuidade-de-ser*. A mãe como elo de união, manutenção e sustentação de um conjunto de experiências fragmentárias e dispersas. (NAFFAH NETO, 2011/2017, p. 72. Itálicos no original).

Pode-se entender, então, a partir da evidência de Naffah Neto, os diversos significados de Winnicott acerca do *holding* como um conjunto de cuidados maternos oferecidos ao bebê, que está fusionado ao ambiente, concedendo-lhe a possibilidade de existir, de ser.

Neste conjunto de cuidados maternos oferecidos ao bebê o *holding* abrange, de modo especial, o cuidado físico, ou seja, o “*holding* físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente o seu amor” (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 48).

A mãe exerce a função *holding*, funcionando como um ambiente facilitador e sustentando física e emocionalmente o bebê, proporcionando oportunidades necessárias para o psiquismo infantil compor-se mediante o processo de elaboração imaginativa, por exemplo, a elaboração da experiência de alimentação imaginativa, esclarecida nas palavras de Winnicott:

A experiência de alimentação imaginativa é muito mais ampla do que a experiência puramente física. A experiência total de alimentação pode rapidamente envolver um fecundo relacionamento com o seio da mãe, ou com a mãe à medida que vai sendo gradualmente percebida, e o que o bebê faz com as mãos amplia a extensão do ato de alimentar. (WINNICOTT, 1956a/1999, p. 21).

Naffah Neto (2011/2017) esclarece as palavras de Winnicott nessa concepção:

Nessa concepção, todo o psiquismo infantil formar-se-á por meio desse processo de elaboração imaginativa e totalmente apoiado nas funções corporais, vindo a constituir, mais adiante, uma unidade psicossomática. Num primeiro momento, a elaboração imaginativa da função alimentar cria, sob condições normais, o que Winnicott denominou *ilusão de onipotência* do pequeno infante. Quando dispõe de uma *mãe suficientemente boa*, capaz de fazer com que o seio surja, como num passe de mágica, diante da sua urgência instintiva, o bebê forma a ilusão de ter criado o objeto, no momento em que dele necessita. Trata-se, aí, do objeto subjetivo. (NAFFAH NETO, 2011/2017, p. 73-74. Itálicos no original).

No entanto, a prática constante da elaboração imaginativa que produz o psiquismo infantil, “necessita do *holding* materno como condição *sine que non*, já que é graças a essa sustentação materna que essas experiências podem ganhar um mínimo de integração e de coerência, num momento em que o bebê é não integrado (ou minimamente integrado)” (NAFFAH NETO, 2011/2017, p. 74. Itálicos no original). A saúde psíquica do bebê “dependerá, em última instância, da qualidade do *holding* materno” (NAFFAH NETO, 2011/2017, p. 76. Itálicos no original).

Sendo assim, a mãe oferta *holding* sempre que realiza os cuidados maternos com afeto, atitude gentil, percebendo e cuidando das necessidades do bebê e enquanto fornece possibilidades a fim de que ele consiga desenvolver-se a partir do si mesmo.

Margaret Little, quando bebê, relatava a rotina de cuidados excessivos os quais foi submetida durante a infância. Era “enrolada firmemente em um xale, o que tornava impossível qualquer movimento dos membros” (LITTLE, 1992, p. 96). Desse jeito, na ocasião em que era alimentada o furo do bico da mamadeira era tão pequeno que o ato de mamar demandava esforços cansativos de sua parte, e à medida que o furo ficasse maior o bico era trocado. Little, dez anos depois, viu isto se repetir quando seus irmãos eram bebês, embora a orientação dada à sua mãe pelo pediatra, consistia em fazer um furo grande, da maneira que o bebê conseguisse mamar à vontade. Little, também nos conta:

Minha mãe me disse que sempre que encontrava a boca de uma criança aberta, ela a fechava, e se a criança estava chupando o dedo, ela o tirava de sua boca; se estava deitada de costas ou virada para o lado esquerdo, ela a colocava sobre o lado direito, “para evitar pressão no coração” (as costelas não significavam nada para ela). Os orifícios do corpo eram constantemente examinados; mais tarde, houve lavagens noturnas (e, na adolescência, muito tempo foi dedicado a espremer cravos e espinhas). Como uma criança pequena, minha mãe não conseguia deixar de se meter em tudo. (LITTLE, 1992, p. 95).

Ao referir-se à sua mãe, Little diz: “Durante a minha infância, ela assumiu a forma de perturbações constantes de minha condição ainda muito desintegrada” (LITTLE, 1992, p. 95).

A esse respeito, descreve:

Suas interferências eram alternadas com descaso, e a atenção excessiva com a “omissão”, porque ela estava sempre se distraindo. O que era importante em um minuto perdia totalmente a importância no minuto seguinte, e o que era importante para mim tinha de ser posto de lado. (LITTLE, 1992, p. 97).

Para Naffah Neto (2008), “tudo leva a crer que a mãe de Little via a filha como um prolongamento seu, e que o controle exercido sobre a mesma era uma tentativa de controlar o

caos de seu mundo interno, projetado nela” (p. 114). No entanto, a analisanda conta sobre essa mesma mãe intrusiva e dominadora:

Havia uma comunicação importante quando a minha mãe cantava para mim, especialmente em meu banho; ela tinha uma bela voz de soprano e gostava de cantar histórias infantis em verso, bobagens, ópera etc. Isso, com seu senso de humor e amor pela jardinagem, são elos positivos e duradouros. Esses elos, bem como a estabilidade do meu pai, provavelmente evitaram que eu me tornasse totalmente louca. Mas outros desenvolvimentos do nosso relacionamento fracassaram. (LITTLE, 1992, p. 96. Itálicos no original).

Explicado isso, reavemos o ambiente de *holding* (sustentação) tem como decorrência proporcionar ao bebê confiabilidade. “A mãe mostra ao bebê que é confiável, não com palavras, mas através dos cuidados por saber, a cada momento o que ele necessita” (DIAS, 1999, p. 297-298).

Do ponto de vista do bebê, Winnicott nos diz:

Este tipo de comunicação é, porém, silencioso. O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade; é algo que se registra no decorrer do desenvolvimento. O bebê não tem conhecimento da comunicação, a não ser a partir dos efeitos da falta de confiabilidade. (WINNICOTT, 1968a/1994, p. 87).

A confiabilidade se estabelece na comunicação silenciosa, sem palavras, é viabilizada pelas repetidas experiências dos cuidados maternos. O autor destaca, além disso, que essa comunicação não demanda uma adequação perfeita mecânica, mas uma adequação humana que, por causa disso, é passível de falha. Um cenário de confiabilidade inter-humano, só é provável se procede algumas falhas pertinentes e, acima de tudo, uma inquietude constante pela mãe de retificá-las a tempo.

É aqui que se dá a diferença entre perfeição mecânica e amor humano. Os seres humanos cometem muitos erros, e durante o tempo em que a mãe cuida normalmente do seu bebê ela está continuamente corrigindo suas falhas. Estas falhas relativas, às quais se dá uma solicitação imediata, acabam sem dúvida sendo comunicadas, e é assim que o bebê acaba tomando conhecimento do sucesso. Assim, a adaptação bem-sucedida dá uma sensação de segurança e um sentimento de ter sido amado. (WINNICOTT, 1968a/1994, p. 87).

Cabe também reiterar, de acordo com Abram (2000), o conceito de um ambiente de *holding* suficientemente bom inicia-se com a relação mãe-bebê no íntimo da família, sendo este o primeiro grupo natural. A posteriori, e de modo correspondente, estende-se para a

amizade, grupos sociais e atividades culturais em geral, que também podem proporcionar esse tipo de ambiente.

Todavia, é de se notar o atributo essencial concedido ao *holding* no projeto winnicottiano. “Nos anos 50, o emprego que Winnicott faz do paradigma bebê-mãe suficientemente boa, apresentado como uma forma de compreender melhor aquilo que poderia ser provido pela relação analítica, torna-se a base da teoria do *holding*” (ABRAM, 2000, p. 136).

Através da função de *holding* suficientemente bom, o bebê será capaz de expandir a capacidade de estabelecer uma separação entre o eu e não-eu. Para a possibilidade de existir, ser e constituir o si mesmo é necessário ter recebido *holding* suficientemente bom, ou pelo menos recebê-lo em algum outro momento.

É pertinente ressaltar, à vista disto, “que a qualidade dos cuidados maternos no início da vida é a responsável pela saúde mental do indivíduo, pois livra-o da psicose” (ABRAM, 2000, p. 138). Mas existe outro importante conteúdo colocado por Winnicott tendo como base sua teoria de *holding*: “segundo a qual o *holding* suficientemente bom do ambiente é o responsável pelo desencadeamento de certos processos de desenvolvimento” (ABRAM, 2000, p. 137). Desta forma, o *holding* caracteriza-se como complemento indispensável na teoria e como ferramenta clínica no *setting*.

“Isto transposto para a relação terapêutica, podemos estabelecer que é o *setting* analítico que fornece o ambiente de *holding* necessário ao paciente (*setting* analítico = ambiente de *holding*)” (ABRAM, 2000, p. 138).

CAPÍTULO 3 – O QUADRO CLÍNICO PECULIAR DE MARGARET LITTLE

3.1 A psicótica *borderline*

“Essa era uma descrição muito real do meu estado *borderline*”.
(LITTLE, 1992, p. 50).

“[...] foi escrita do ponto de vista
de uma paciente, uma psicótica *borderline*”.
(LITTLE, 1992, p. 83).

Iniciamos este capítulo com estas duas frases relevantes de Margaret Little segundo as quais descreveu seu quadro clínico. Condiz, então, esclarecermos os sentidos das expressões utilizadas por Little.

Ao ser empreendida uma busca na língua inglesa do significado do termo *borderline* que é uma palavra composta por duas outras obtemos: *border* “1. um limite (*boundary*) entre dois países ou outras áreas; 2. formar uma borda (*border*) ao redor ou ao longo” (SOANES, 2001, p. 96). E *line* “uma linha (*row*) ou uma série de pessoas ou coisas” (SOANES, 2001, p. 525).

De acordo com Naffah Neto (2008), “*borderline* significa, pois, etimologicamente falando, uma linha que demarca uma borda, uma margem, um limite, aquele que distingue os indivíduos sãos dos doentes ou, melhor dizendo, os indivíduos normais dos psicóticos” (p. 108).

Por essa perspectiva, o autor prossegue, ainda esclarecendo que no momento em que “se diz que o indivíduo é *borderline*, de modo geral, queremos dizer que seu estado psíquico se define no interior de um espaço e de uma dinâmica que *bordejam* essa linha demarcatória, exibindo características de ambos os lados” (NAFFAH NETO, 2008, p. 108. Itálicos no original). Ademais reitera:

Traduzindo melhor: ele *aparenta* características de uma pessoa normal, ou, quando muito, neurótica, mas isso se dá à custa de um equilíbrio bastante precário que, quando rompido, faz eclodir um funcionamento tipicamente psicótico. (NAFFAH NETO, 2008, p. 108. Itálico no original).

Entendemos, então, a partir dos esclarecimentos de Naffah Neto (2008), a segunda descrição do quadro clínico de Little, “psicótica *borderline*”. Trata-se do sentido amplo da expressão, isto é, poderíamos traduzir a palavra *borderline* pelo português fronteiriço, mas

mantemos a palavra no original inglês e o uso clínico instituído usado por Little e mantido por Naffah Neto.

O diagnóstico do quadro clínico de Little foi formulado por Winnicott. Esse psicanalista inglês, por sua vez, justifica seu interesse pelo tratamento de pacientes psicóticos *borderline* partindo de Freud.

Freud foi capaz de descobrir a sexualidade infantil em uma nova visão porque ele a reconstruiu a partir de seu trabalho analítico com pacientes neuróticos. Ao estender seu trabalho para cobrir o tratamento de pacientes psicóticos *borderline*, foi possível para nós reconstruir a dinâmica da dependência infantil e da infância, e o cuidado materno que satisfaz essa dependência. (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 53).

Assim, através do interesse em compreender a dinâmica da fase inicial da vida do indivíduo e seu desenvolvimento emocional em relação a dependência infantil, Winnicott, consegui obter a etiologia do quadro clínico psicótico *borderline*, a qual encontra-se nos estágios do desenvolvimento anteriores à chegada “ao complexo de Édipo e envolve uma distorção do tempo da dependência absoluta” (WINNICOTT, 1960a/1983, p. 53). Esta é uma vertente determinante no que se refere o diagnóstico, isto é, nos estágios do desenvolvimento anteriores à chegada ao complexo de Édipo a espécie de ansiedade vivenciada pelo indivíduo. Como nos esclarece o autor:

Quando ocorre ansiedade de aniquilamento, e não ansiedade de castração, como um aspecto importante, então globalmente o psicanalista considerará que o diagnóstico do paciente não é de neurose, mas de psicose. (WINNICOTT, 1959-1964/1983, p. 119).

Em outras palavras, o *borderline* pode aparentar características de uma personalidade aparentemente normal ou até mesmo neurótica, mas que mascara as falhas ambientais vividas como traumas ocorridas nos estágios iniciais, na fase da dependência absoluta, interrompendo o processo de amadurecimento emocional, contendo, desse modo, o cerne psicótico. Winnicott pela expressão *borderline* significa que:

Pela expressão *borderline*, quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas onde o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma grosseira. (WINNICOTT, 1969a/1975, p. 122).

3.2 A personalidade esquizóide com sintomas depressivos

“[...] não sei quem sou”.
(LITTLE, 1992, p. 29).

“[...] os meus problemas reais eram questões de existência e identidade. Eu não sabia quem era”.
(LITTLE, 1992, p. 35).

Estes dois trechos de Margaret Little nos apresentam uma noção muito clara, do ponto de vista clínico, de como seu estado psíquico não progrediu após um total de nove anos de terapia, desta forma, permanecia necessitando de análise. A fim de entendermos seu quadro clínico avançamos para um outro texto, em que o autor define o uso do termo *borderline* e designa a dinâmica básica destes indivíduos que vivem nas bordas, isto é, nas fronteiras entre a neurose e a psicose, Naffah Neto escreve:

É preciso, entretanto, definir o uso que estou dando aqui ao termo *borderline*. Entendo por essa designação, indivíduos que vivem nas bordas, ou seja, nas fronteiras entre a neurose e a psicose, podendo – em períodos mais saudáveis, quando o falso *self* cumpre seu papel defensivo, adaptativo, de forma mais íntegra – apresentarem uma dinâmica que se assemelha à do neurótico. Mas, é importante não nos deixarmos enganar por essa aparência, pois noutros períodos mais críticos – quando o falso *self* malogra, sofrendo desintegrações –, esses mesmos indivíduos podem ser literalmente invadidos pelo mundo e afundar em sintomas esquizofrênicos de tipos variados. Penso que é justamente nessa acepção mais ampla que Winnicott emprega o termo *borderline*. (NAFFAH NETO, 2007/2017, p. 149. Itálicos no original).

Além disso, nessa publicação o autor levanta duas ideias importantes: a primeira delas é que distingi dois sub-tipos de quadro clínico *borderline*: a personalidade como se e a personalidade esquizóide; e a segunda é que ambos os tipos possuem formas diferentes de falso *self* uma vez que na etiologia dessas patologias exista diferença.

De acordo com Naffah Neto (2007/2017), na personalidade como se as falhas ambientais ocorridas foram muito mais severas interrompendo a continuidade do ser não permitindo a composição de um objeto subjetivo, nem sequer a experiência de ilusão de onipotência. Em virtude de defesa contra o ambiente invasivo se desenvolveu o falso *self*, “funcionando como uma barreira que protege, através de uma cisão bastante radical, o isolamento do *self* verdadeiro” (p. 154).

A personalidade como se, de modo diferente da personalidade esquizóide, não dispõe de uma realidade subjetiva para se amparar, ficando-lhe somente o convívio com o mundo externo por intermédio do falso *self*, “em total submissão às demandas ambientais, pelo medo

da perda de contato objetal. Seu *self* verdadeiro permanece, pois, oculto e isolado dele próprio, sendo muito difícil – quase impossível – qualquer contato com suas necessidades mais pessoais” (NAFFAH NETO, 2007/2017, p. 154).

Assim, podemos dizer que a personalidade como se é considerada conforme “uma personalidade sem alma, cuja característica maior é a aparência pura, destituída de sentido existencial: tudo *parece ser, sem sê-lo verdadeiramente*, daí o nome como se” (NAFFAH NETO, 2007/2017, p. 155. Itálicos no original).

A personalidade esquizóide é identificada por um ambiente igualmente invasivo, no entanto, as falhas ambientais acontecem “num grau *relativo* ou num ambiente *caótico*, que se apresenta ora de um jeito, ora de outro” (NAFFAH NETO, 2007/2017, p. 150. Itálicos no original).

Neste sub-tipo de personalidade alguma condição de composição do objeto subjetivo e experiência de ilusão de onipotência foram conseguidos, contudo não num estado satisfatório a fim de impossibilitar a criação do falso *self* cindido, tal como defesa. Além disso, Winnicott, ainda nos esclarece que:

Quando há um certo grau de fracasso na adaptação, ou uma adaptação caótica, o bebê desenvolve dois tipos de relacionamento. Um tipo consiste num relacionamento secreto e silencioso com um mundo interno essencialmente pessoal e íntimo de fenômenos subjetivos, e é exclusivamente este relacionamento que parece real. O outro é exercido a partir de um falso *self* e se estabelece para com um ambiente obscuramente percebido como exterior ou implantado. O primeiro tipo de relacionamento contém a espontaneidade e a riqueza; o segundo é um relacionamento submisso, mantido com a intenção de ganhar tempo até o momento em que o primeiro talvez consiga, um dia, tomar posse. (WINNICOTT, 1988/1990, p. 128).

A título de exemplo da dinâmica deste tipo de formação da personalidade esquizóide mencionarei o paciente que realizou análise com Winnicott e está retratado no livro intitulado *Holding e Interpretação* (WINNICOTT, 1972/1991). Esse paciente foi diagnosticado pelo psicanalista como um esquizóide-depressivo.

No que se refere ao diagnóstico depressivo, da perspectiva da teoria winnicottiana, os estados depressivos indicam que há saúde em potencialidade, atrás do sofrimento e da tristeza. Esses estados demonstram que há existência de um *self* verdadeiro, ainda que iniciante, à procura de encontrar um modo de ser, de começar a existir e relacionar-se com o outro, sem que seja necessário comprometer a espontaneidade.

Dessarte, neste caso o diagnóstico esquizóide-depressivo foi decorrente de insuficiência ambiental, quer dizer, o paciente sofreu falhas ambientais precoces de uma mãe

perfeccionista, que no momento em que amamentava seu filho reproduzia um modo fixo sem ter nenhuma variabilidade. Assim, à busca de realizar uma mamada perfeita, ocorria constantemente no final da alimentação, quer dizer, a mamada no início era suficiente e mais livre, mas perto do fim acontecia com a ingerência da mãe. Por consequência, o paciente, quando adulto, apresentou um medo de completar experiências, exemplificando, o medo de finalizar a análise.

Naffah Neto (2007/2017) esclarece as palavras de Winnicott apresentadas ao paciente na reconstrução do acontecimento:

Podemos supor, então, que, no início das mamadas e durante um certo tempo durante o qual, justamente, a mãe permitia uma relação mais livre o bebê tinha condições suficientes, ainda que de forma precária, para criar o seio segundo a suas necessidades, constituir um objeto subjetivo e uma zona de ilusão. Entretanto, quando chegava ao fim da mamada e a mãe atuava seus modelos perfeccionistas, o bebê era subitamente arrancado do seio-subjetivo que desaparecia subitamente e colocado em contato com um seio-objetivo, desconhecido e aterrorizante. (NAFFAH NETO, 2007/2017, p. 151).

No decorrer da repetição dessa dinâmica nas mamadas, duas espécies de relação objetal cindidas resultaram, conseqüentemente no psiquismo do paciente:

A relação com o objeto subjetivo foi protegida e colocada fora de contato com o ambiente, permanecendo circunscrita a uma dinâmica onipotente. Para funcionar como para-choque frente ao se aterrorizante foi criado um falso *self* por hipertrofia e cisão da função mental, que passou então a vigiar e controlar, por vias intelectuais os acontecimentos ambientais. (NAFFAH NETO, 2007/2017, p. 152).

Portanto, a característica distintiva da personalidade esquizóide é uma introversão ao seu mundo subjetivo, assim como uma propensão para conservar uma relação meramente com objeto subjetivo, restringido à sua área de onipotência, em uma vivência íntima e particular. É relevante evidenciar que determinar contato com a realidade externa apenas à medida que necessário e, porém, através de seu falso *self*. Nesse sentido, o desenvolvimento do *self* verdadeiro “fica, em larga escala, bloqueado e congelado no tempo” (NAFFAH NETO, 2007/2017, p. 154). Ou seja, congelado no tempo da falha ambiental, visto que não existe contatos relevantes entre a personalidade esquizóide e a realidade externa.

Uma hipótese que se apresenta, e com a qual concordamos, é que o quadro clínico de psicótica *borderline* de Margaret Little revelou uma formação que Naffah Neto (2008) classificou “como uma *esquizoidia com sintomas depressivos*” (p. 110. Itálicos no original). Porém, como nos explica o autor, “esse diagnóstico não foi formulado por Little, tampouco

por Winnicott. Entretanto, os sintomas e a dinâmica psíquica descritos pela primeira apontam todos nessa direção” (NAFFAH NETO, 2008, p. 110). Nesse enfoque, acompanharemos a exposição das circunstâncias que corroboram com a hipótese aqui apresentada por Naffah Neto.

Little em sua infância não teve um ambiente facilitador, conseqüentemente, sofreu falhas no seu amadurecimento emocional precoce vivendo num ambiente caótico e imprevisível. E “foi a necessidade de se proteger desse ambiente caótico e imprevisível de sua infância que produziu essa retração esquizóide e, ao mesmo tempo, a formação de um falso *self* cindido, que passou a funcionar como um escudo protetor do seu *self* verdadeiro” (NAFFAH NETO, 2008, p. 113. Itálicos no original).

Assim sendo, nota-se a dificuldade para diagnosticar um quadro clínico como o de Little, em razão de ser um quadro clínico que torna oportuno equivococar e até mesmo enganar psicanalistas que não consideram a viabilidade da existência da organização psíquica denominada psicótica *borderline* constituída por um falso *self*.

Nesse sentido, Naffah Neto (2008) torna compreensível o falso *self* de Little, que enganou seus analistas anteriores, diagnosticando-a como uma pessoa neurótica, quase normal. A esse respeito, o autor escreve:

É que ela possuía um falso *self* razoavelmente bem adaptado, capaz de enganar analistas menos experientes como Mister X e, mesmo, analistas mais experientes como Ella Sharpe. Segundo a descrição de Little, seu currículo não evidenciava incapacitações de tipo psicológico, já que incluía: ter frequentado escola e passado nos exames sem problemas, e até ganhado bolsa de estudo; ter se tornado médica e desenvolvido uma prática bem-sucedida como clínica geral, que a levou, mais adiante, à formação de psicanalista (p. 49). Entretanto, esse falso *self* – formado por hipertrofia da função intelectual – era cindido do restante da personalidade e, de quando em quando, sofria desintegrações, deixando, então, eclodir sintomas esquizofrênicos. (NAFFAH NETO, 2008, p. 108-109).

Podemos observar, por consequência, com base na citação de Naffah Neto (2008), que Little conquistou um currículo bem-sucedido, o qual o autor identificou como evidência de seu falso *self*. Em relação à conexão entre abordagem intelectual e o falso *self*, que resulta em um quadro clínico peculiar que muito facilmente engana, Winnicott, ainda nos informa a respeito de um risco:

Um risco particular se origina da não rara ligação entre abordagem intelectual e o falso *self*. Quando um falso *self* se torna organizado em um indivíduo que tem um grande potencial intelectual, há uma forte tendência para a mente se tornar o lugar do falso *self*, e neste caso se desenvolve uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática.

Quando ocorre esta dupla anormalidade, (1) o falso *self* organizado para ocultar o *self* verdadeiro, e (2) uma tentativa por parte do indivíduo para resolver o problema pessoal pelo uso de um intelecto apurado, resulta um quadro clínico peculiar, que muito facilmente engana. (WINNICOTT, 1960b/1983, p. 132).

É pertinente enfatizar aqui, que de um ponto de vista consciente apesar de suas dificuldades, Little (1992), nos diz: com “meu falso *self* guardião” (p. 93), “eu não dava uma impressão de anormalidade” (LITTLE, 1992, p. 51).

Pode-se observar de uma forma muito clara essa constituição de falso *self* em Little, durante a primeira análise, na ocasião em que o analista junguiano Dr. X., disse-lhe: “Você parece estar sempre pensando nas outras pessoas e se desculpando pela sua existência, como se achasse que não tem direito a ela” (LITTLE, 1992, p. 28). Na última sessão antes do recesso para o Natal, Dr. X. complementou dizendo: “Pelo amor de Deus, seja *você mesma*” (LITTLE, 1992, p. 28. Itálicos no original). Ao que Little respondeu: “Eu não sei como, não sei *quem sou*” (LITTLE, 1992, p. 29. Itálicos no original).

Referente ao que Dr. X. enunciou por meio de palavras para Little, de acordo com Naffah Neto (2008): “Que Little era uma paciente tipicamente *borderline* já aparecem evidências na sua primeira análise, quando Mr. X. pressentia que ela “não era ela mesma” e que vivia se desculpando pela sua própria existência, como se não tivesse direito a ela” (NAFFAH NETO, 2008, p. 108).

No que tange à identidade pessoal, Little (1992), seguiu dizendo: “os meus problemas reais eram questões de existência e identidade. Eu não sabia quem era” (p. 35). Essa frase foi dita durante a segunda análise, realizada com a Dr^a. Ella Freeman Sharpe, que de modo similar com Dr. X., diagnosticou Little como uma pessoa neurótica, inteira, em referência normal, “deixando-se enganar pelo falso *self* da paciente e aferrando-se às interpretações de tipo edipiano” (NAFFAH NETO, 2008, p. 109).

E finalmente, exponho a última circunstância que corroborou com a hipótese aqui apresentada por Naffah Neto (2008), a qual ocorreu no decorrer da segunda análise realizada com uma analista freudiana clássica, membro da Sociedade de Psicanálise, a Dr^a. Sharpe, Little “consciente de não estar recebendo da analista o que precisava, desenvolveu nessa época o desejo de ela própria tornar-se analista: era o seu falso *self* tentando mimetizar⁷ a figura ambiental para poder substituir Sharpe como analista de si própria” (p. 109).

⁷ A palavra “mimetizar” diz respeito ao falso *self*. “O falso *self* cindido, que opera por mimetizações e introjeções ambientais. Nesse caso, a mente hipertrofiada e desconectada do mundo emocional fará as aprendizagens simbólicas necessárias à adaptação (como a aquisição da linguagem, por exemplo)” (NAFFAH NETO, 2010a/2017, p. 188).

CAPÍTULO 4 – A ANÁLISE DE MARGARET LITTLE COM D. W. W. (1949 - 1955, 1957) REALIZADA NO *SETTING* WINNICOTTIANO

4.1 Breve apresentação sobre a análise padrão e a análise modificada

“Ao tratar a psicose em adultos ele usou a “técnica clássica” [...]”
(LITTLE, 1992, p. 22).

A constatação da relevância da análise modificada determina-se como ponto de partida deste capítulo, sendo esta vertente essencial para a prática clínica no *setting* winnicottiano. A esta questão, associa-se diretamente a expressiva parte da prática clínica de Winnicott a qual foi constituída com casos clínicos de pacientes não neuróticos que, constantemente se apresentavam incompatíveis com a prática de que ele, em 1962, denominou de “análise padrão” (WINNICOTT, 1962c/1983, p. 152) e da aplicação da “técnica clássica”⁸ (WINNICOTT, 1962c/1983, p. 155) baseada na prática interpretativa. Estes casos clínicos precisavam de uma diferente perspectiva que foi chamada de “análise modificada” (WINNICOTT, 1962c/1983, p. 154). Esta fundamentaria propriamente essa prática do analista⁹ que não se encontra praticando a análise padrão tange uma das questões que encontramos no autor em seu trabalho de redescritção e de proposição destas modificações que foram apresentadas em muitos de seus escritos.

É imprescindível ressaltar, nesse ponto, especialmente no âmbito da prática clínica de Winnicott, que por intermédio da qual comprovou “que um tipo de análise não exclui a outra. Encontro-me sempre escorregando de um para o outro e vice-versa, segundo a tendência do processo inconsciente do paciente” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 398). Dessa perspectiva reconhece com clareza que “a análise não é apenas um exercício de uma técnica” (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 459). A esse respeito, o autor diz ainda:

É algo que nos tornamos capazes de fazer quando um certo estágio na aquisição de uma técnica básica é atingido. O que nos tornamos capazes de fazer permite que cooperemos com o paciente no andamento do *processo*, aquilo que, para cada paciente tem seu próprio ritmo e segue seu próprio curso; todas as características

⁸ As palavras “técnica clássica”, “técnica psicanalítica clássica” e “técnica padrão” são termos usados por Winnicott quando menciona a prática interpretativa. Cf., por exemplo, Winnicott (1962c/1983, p. 154 e 155).

⁹ As palavras “analista” e “psicanalista” são termos usados por Winnicott quando menciona a pessoa que exerce a profissão na prática clínica psicanalítica. Cf., por exemplo, Winnicott (1954-5/1993, p. 460, 481 e 486). Os autores Araújo (2007, p. 142), Dias (1999, p. 313) e Naffah Neto (2011/2017, p. 78) dentre outros, utilizam essas nomeações feitas pelo próprio Winnicott quando relacionam-se a estes profissionais.

importantes deste processo derivam do paciente e não de nós como analistas. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 459. Itálicos no original).

No que concerne o uso da técnica clássica baseada na prática interpretativa, a qual torna-se possível na análise com casos clínicos de pacientes neuróticos, uma vez que operam como pessoas totais, pois tiveram seu desenvolvimento suficiente, alcançaram a estrutura triangular edípica e cujas dificuldades estão situadas nas relações interpessoais. Winnicott, nos esclarece que: “Com o paciente *neurótico* o analista deve interpretar amor e ódio como aparecem na neurose de transferência e isso significa levar o que está vindo à tona de volta ao passado. Isto se relaciona com o relacionamento do paciente com os objetos” (WINNICOTT, 1963e/1983, p. 217. Itálicos no original).

Em seu relato, Margaret Little (1992), ainda que concisamente, nos descreve o modo de trabalhar de Winnicott quando está analisando pacientes neuróticos utilizando-se da técnica clássica: “Ao tratar a psicose em adultos ele usou a “técnica clássica” (...), analisando a neurose de transferência e preocupando-se com o complexo de Édipo e o desenvolvimento do superego” (LITTLE, 1992, p. 22). Mais adiante, ela diz que: “Em casos de psicose ele usava a “técnica padrão” (isto é, o próprio método de Freud, interpretando a transferência, especialmente em termos de material edípico reprimido e da atividade do superego)” (LITTLE, 1992, p. 76).

Segundo Naffah Neto, “Winnicott disse em vários dos seus escritos que, sempre que possível, utilizava-se da técnica psicanalítica padrão, de interpretação de transferência. Com pacientes não neuróticos, com os quais isso era impossível, usava outros recursos” (NAFFAH NETO, 2008, p. 115).

Naffah Neto (2008), ao problematizar o uso da técnica psicanalítica padrão, de interpretação de transferência, com casos de pacientes não neuróticos, remete a palavra “impossível” para se referir à problemática central. Isto é, Winnicott, na medida em que consegue obter a etiologia da problemática central de certos casos clínicos a qual encontra-se anterior à conquista da constituição do mundo interno e ao estabelecimento de relações particularidades do estágio do complexo de Édipo, o uso da técnica psicanalítica padrão, de interpretação de transferência, resulta-se insuficiente e inadequada. Dessa maneira, encontramos as modificações em relação à técnica psicanalítica padrão, a qual obtém alicerce no entendimento de que “as coisas tomadas por certas na análise de neuróticos se tornam a pedra fundamental da técnica modificada” (WINNICOTT, 1963e/1983, p. 215).

À vista disso, Winnicott considerava três grupos de pacientes. Com casos, cuja problemática central é a neurose, a interpretação permanece o recurso privilegiado do

tratamento psicanalítico, tal qual com o segundo grupo dos casos de pacientes depressivos. Segundo Naffah Neto (2008), Winnicott, “com a ampla gama dos depressivos, combinava a interpretação com o manejo¹⁰ transferencial dos ataques destrutivos do paciente – quando estes emergiam em análise –, sustentando-os sem retaliar e sem desaparecer de cena” (NAFFAH NETO, 2008, p. 115).

Para finalidade desse estudo, nos manteremos no terceiro agrupamento, são casos cuja problemática central é a psicose, precisamente no caso clínico de Margaret Little diagnosticada como psicótica *borderline*, que nos direcionam aos estágios mais iniciais do amadurecimento emocional. As falhas ambientais traumáticas que possuem seu ponto de origem nestes estágios apresentam a especificidade de acordo com o protótipo das agonias impensáveis, desta forma causando uma interrupção no processo de desenvolvimento do ego. Diante de casos clínicos de pacientes cuja problemática central é a psicose, o uso da técnica clássica baseada na prática interpretativa torna-se impossível.

Cabe assinalar que, aqui Winnicott propicia uma singular diferenciação proveitosa com o intuito de instrução da prática clínica, a conhecer; existe uma diferença entre os casos clínicos de pacientes neuróticos dos casos clínicos de pacientes não neuróticos para o uso da técnica clássica baseada na prática interpretativa. A diferença é que o neurótico tem profundidade já o não neurótico não tem. Isto é “profundo no sentido analítico não é o mesmo que precoce” (WINNICOTT, 1957/1983, p. 101). Profundo denota “profundidade na fantasia inconsciente do paciente ou em sua realidade psíquica; em outras palavras, estão envolvidas a mente e a imaginação do paciente” (WINNICOTT, 1957/1983, p. 103). “Profundidade cada vez maior nos leva às raízes instintivas do indivíduo” (WINNICOTT, 1957/1983, p. 105). Em contrapartida, precoce “temos de levar em consideração o ambiente auxiliar do ego, que é um aspecto importante na extrema dependência dos estágios iniciais” (WINNICOTT, 1957/1983, p. 104). Apenas o que é profundo permite ser interpretado, permite demais sentidos e significados. “*Em duas palavras: o lactente humano precisa percorrer certa distância do começo para ter maturidade para ser profundo*” (WINNICOTT, 1957/1983, p. 105. Itálicos no original).

Esclarecido isso, voltemos a citação de Naffah Neto (2008), no trecho que nos explica que Winnicott com casos de pacientes não neuróticos usava outros recursos. Com o propósito de conhecermos estes recursos utilizados, começamos com um fato importante que é apresentado por Winnicott (1963e/1983), com o qual concordamos, “é a modificação de

¹⁰ O conceito de manejo será desenvolvido na seção 4.2 deste capítulo.

técnica necessária quando está se tratando um caso *borderline*” (p. 215), ou seja, um caso não neurótico, visto que:

As interpretações visando o *insight* se tornam menos importantes, e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é essencial. A consistência da situação é uma experiência primária, não algo a ser recordado e revivido na técnica do analista. (WINNICOTT, 1963e/1983, p. 216).

A proposição winnicottiana no que se refere à modificação da técnica considera a prática interpretativa inapropriada, uma vez que, a necessidade primordial é a de apoio ao ego ou de *holding*. Por esse ângulo, Winnicott, recomenda:

O analista precisa saber tudo que se refere a interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer este trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio simples ao ego, ou de *holding*. Esse *holding*, como a tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre. (WINNICOTT, 1963e/1983, p. 217).

Na perspectiva winnicottiana há uma considerável modificação na maneira de conceber o *setting*, que estabelecerá a natureza da prática clínica em questão. De antemão, cabe elucidar o que Winnicott compreendia pelo *setting* freudiano, isto é, pelo *setting* padrão. Reavendo os doze pontos da sua descrição, assim como, seja dito de passagem, de fato fazia com tudo o que tomava da psicanálise clássica:

1. Diariamente, a uma hora estabelecida, cinco ou seis vezes por semana, Freud se punha a serviço do paciente (esta hora foi fixada de forma a se adequar à conveniência tanto do analista quanto do paciente);
2. O analista estará lá, na hora, vivo e respirando;
3. Durante o período de tempo pré-fixado (cerca de uma hora), o analista manter-se-ia acordado e se preocuparia com o paciente;
4. O analista expressa seu amor através de seu interesse positivo e seu ódio através da forma rigorosa com que a sessão deveria começar e acabar e da questão dos honorários. Amor e ódio eram expressos honestamente, isto é, sem serem negados pelo analista;
5. O objetivo da análise seria entrar em contato com o processo do paciente, compreender o material apresentado, comunicar esta compreensão através de palavras. A resistência implicaria sofrimento e poderia ser suavizada pela interpretação;
6. O método do analista era a observação objetiva;
7. Este trabalho deveria ser feito em uma sala e não em um corredor, uma sala tranquila e pouco propensa a ruídos repentinos e imprevisíveis, onde, ainda assim, não houvesse um silêncio moral e se pudesse ouvir os ruídos normais de uma casa. Esta sala deveria ser adequadamente iluminada, não, porém, por uma luz diretamente no rosto, ou por uma luz variável. Certamente não seria escura e se apresentaria confortavelmente aquecida. O paciente deitar-se-ia em um divã, isto é,

confortavelmente, caso fosse capaz de se sentir confortável, e provavelmente ter-se-ia à mão, um cobertor e água;

8. O analista (como é sabido) mantém o julgamento moral fora de relação, não tem qualquer desejo de introduzir detalhes de sua vida e ideias pessoais, não desejando tomar partido com relação aos sistemas persecutórios, mesmo quando esses aparecem sob a forma de situações reais compartilhadas, locais, políticas etc. Naturalmente, caso haja uma guerra, um terremoto, ou se o rei morre, o analista não fica indiferente;

9. Pode-se confiar mais no analista na situação analítica do que nas pessoas encontradas da vida comum; ele é, no geral, pontual, não tendo ataques de raiva, não se apaixonando compulsivamente etc.;

10. Existe uma distinção muito clara na análise entre fato e fantasia, de forma que o analista não é magoado por um sonho agressivo;

11. Pode-se contar com a ausência da lei de talião;

12. O analista sobrevive. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 468-469).

Percebemos então, a partir dos doze pontos da descrição de Winnicott (1954-5/1993), a respeito do que compreendia pelo *setting* freudiano que alguns aspectos por exemplo: pontualidade e constância, por tão evidentes, são postos em uso segundo consenso entre os psicanalistas. E também tomados como denominador comum ou até mesmo regras básicas que, desse modo, compõem a base do *setting* psicanalítico. Contudo, não foram vistos por Freud como componentes importantes prestes a serem tomados conforme problemas teórico-clínicos.

É relevante salientar Abram (2000), que evidencia um comentário tecido pelo próprio Winnicott “a respeito de como Freud veio a escolher, de forma intuitiva, um *setting* para seus pacientes psiconeuróticos. Esse *setting* espelha-se no ambiente primitivo, sendo que Freud o criou porque inconscientemente sabia sobre o ambiente precoce suficientemente bom” (p. 26). Veremos, então, o comentário:

Freud toma a situação de maternagem inicial como algo natural e, de acordo com meu ponto de vista, *esta situação apareceu na sua criação de um setting para seu trabalho*, sem que ele tivesse muita consciência do que estava fazendo. Freud foi capaz de se analisar como uma pessoa total e independente e interessou-se pelas ansiedades que fazem parte das relações interpessoais. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 467. Itálicos no original).

Além disso, Abram (2000) aponta dois fatos importantes que dizem respeito às convicções feitas por Winnicott do prosseguimento psicanalítico daquele ínterim:

Em primeiro lugar, através de seu extenso trabalho com mães e bebês, Winnicott veio a descobrir a diferença entre um ambiente bom e um que não é bom. Em segundo lugar, pôde observar que esse primeiro e essencial ambiente bom é duplicado no *setting* freudiano, de que, é evidente, faz parte a personalidade do analista. Por esse motivo o paciente lesado por uma falha ambiental precoce pode vir a ter chance de curar-se a partir do altamente específico *setting* freudiano. No entanto, é o paciente psicótico que necessita, de uma forma mais literal, da

estabilidade e da confiança fornecida pelo ambiente de *holding*. (ABRAM, 2000, p. 27).

De acordo com o ponto de vista winnicottiano, Freud não teorizou em alto grau e nem pensou de maneira precisa a respeito do *setting* psicanalítico. Nesse contexto, era solícito e atento no tocante aos detalhes, visto que se tratava de uma pessoa madura, que zelava pelo bem-estar de seus pacientes. Além disso, Winnicott, nos diz:

Poder-se-ia dizer muito mais, tudo, porém se resume ao fato de o analista se comportar bem, fazendo-o, sem grande esforço, por ser uma pessoa relativamente madura. Se Freud não tivesse se comportado bem, ele não teria desenvolvido a técnica psicanalítica ou a teoria à qual o uso da técnica o levou. O fato dele ter sido ao mesmo tempo perspicaz não invalida esta afirmação. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 469).

Em suas concepções psicanalíticas Winnicott (1955-6/2000) após analisar o trabalho de Freud chegou à conclusão que este levou em consideração a maternagem inicial como uma circunstância realizada e com êxito. “Sempre que há um ego intacto, o analista pode ter certeza sobre a qualidade dos cuidados iniciais, o contexto analítico revela-se menos importante que o trabalho interpretativo” (p. 395). Assim, na clínica freudiana, os pacientes neuróticos apresentavam capacidade para interagir com outras pessoas. No entanto, Freud presumiu que as pessoas que não conseguiam desenvolver relações de objeto não dispunham de possibilidades para submeter-se a um processo terapêutico psicanalítico.

Winnicott, por seu turno, expande esta perspectiva, constatando que vários indivíduos não alcançaram a conquista da capacidade para interagir com um outro objetivamente percebido, considerando essa incapacidade como quadros clínicos referentes às falhas no desenvolvimento que aconteceram nos primórdios da vida. Nesse cenário, a análise chegará em algum grau de regressão, em vista disso o *setting* foi cuidadosamente estudado e considerado imprescindível para o atendimento destes quadros psíquicos, excedendo, com muita frequência, a relevância das interpretações. Em sua opinião, qualquer pormenor no tocante ao *setting* é significativo para o paciente, por exemplo: o ambiente em que é atendido, o horário das sessões entre outros. “O ponto principal é que praticamente qualquer detalhe pode ser considerado de extrema importância em uma fase específica de uma análise que envolva alguma regressão por parte do paciente” (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 469). Quanto a isto, Winnicott expõe que:

Há uma enorme diferença entre os pacientes que tiveram experiências positivas no início, pois estas podem ser descobertas na transferência, e aqueles cujas

experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas que o analista terá de ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certos elementos essenciais do ambiente. No tratamento de pacientes desse último tipo, muitas coisas normais de técnica analítica tornam-se de importância vital, coisas que passam por óbvias no tratamento de pacientes do tipo anterior. (WINNICOTT, 1947/2000, p. 282).

Para o paciente neurótico, “cujos estágios mais iniciais de desenvolvimento foram satisfatórios” (WINNICOTT, 1961a/1994, p. 54), os detalhes do *setting* e o analista podem simbolizar da mesma forma, ou seja, satisfatórios. Em contrapartida o paciente não neurótico, “cujos estágios mais iniciais de desenvolvimento são incompletos” (WINNICOTT, 1961a/1994, p. 54), todos os detalhes do *setting* e um analista que ofereça cuidados adaptados às suas necessidades específicas se faz essencial, uma vez que, simboliza ou representa cuidados. Em tendência regressiva ao estágio de dependência, pode amalgamar-se com esse contexto com o intuito de criar um novo começo. A esse propósito, diz Winnicott:

Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem *simbolizar* o amor da mãe. Para o psicótico seria mais correto dizer que essas coisas *são* a expressão física do amor do analista. O divã *é* o colo ou o útero do analista, e o calor *é* o calor vivo do corpo do analista. (WINNICOTT, 1947/2000, p. 283. Itálicos no original).

A questão a qual se apresenta neste contexto, refere-se a respeito de critérios para o diagnóstico em que Winnicott se apoia a fim de realizar de um tratamento psicanalítico no modelo da análise modificada. E quanto a isso, o analista nos informa que:

Eu me dou conta de trabalhar como um analista ao invés de realizar análise padrão quando me defronto com certas condições que aprendi a reconhecer:

- a) Quando o temor da loucura domina o quadro.
- b) Quando um falso *self* se torna bem sucedido e a fachada de sucesso, mesmo brilhante, tem de ser demolida em alguma fase para a análise ter êxito.
- c) Quando, em um paciente, uma tendência antissocial, seja em forma de agressão, roubo ou ambas, é o legado de uma privação.
- d) Quando não há vida cultural, somente uma realidade psíquica interna e um relacionamento com a realidade externa, estando as duas relativamente desconectadas.
- e) Quando uma figura paterna ou materna doente domina o quadro. (WINNICOTT, 1962c/1983, p. 154).

Portanto, no que diz respeito à análise, Winnicott (1962c/1983) enfatiza a relevância da identificação, em referência ao tipo de caso clínico e de técnica do *setting*, de “quando nos tornamos representantes modernos das figuras paternas da infância e da meninice do paciente” (p. 153) é o que determina a premência de análise modificada, “e quando, em contrapartida, estamos deslocados por tais figuras” (WINNICOTT, 1962c/1983, p. 153), demonstrando a indicação de análise padrão.

4.2 O quadro clínico peculiar de Little e o manejo winnicottiano

*“A primeira sessão trouxe a repetição do terror.
Eu permaneci curvada fortemente, completamente
escondida sob o cobertor, incapaz de me mover ou de falar”.*
(LITTLE, 1992, p. 44).

Em 1949, treze anos após ter procurado pela primeira vez psicoterapia, Margaret Little com 48 anos, chegou até Winnicott. Ambos já se conheciam e Little nos conta o momento em que o conheceu. Foi no primeiro encontro científico na *British Psycho-Analytical Society* do qual ela participou, na ocasião acontecia um bombardeio, porém as discussões continuavam, quando alguém, que depois ela percebeu tratar-se de Winnicott “levantou-se e disse: “Gostaria de salientar que está havendo um bombardeio aéreo”, e sentou-se. Ninguém ligou para aquilo e a reunião continuou como antes!” (LITTLE, 1992, p. 43). Após ouvi-lo falar em outros encontros científicos ela achou “que ele era alguém que podia realmente ajudar” (LITTLE, 1992, p. 43). Em momento posterior, a entrevista preliminar com o analista ocorreu e foi curta, com duração de quinze minutos, quando ele a ouviu e “agindo com cuidado, desenvolveu gradualmente a sua compreensão” (LITTLE, 1992, p. 44), a respeito de que a perturbara e da sua necessidade interior. Contudo, Little fez de sua aventura sexual uma desculpa a fim de não iniciar imediatamente a análise, o analista aceitou e disse que manteria a vaga durante um tempo e que ela poderia recomeçar depois, caso quisesse. Não levou muito tempo para Little voltar e com sentimento de desesperança, isso ocorreu no momento em que achou o relacionamento sexual difícil. Assim, aconteceu a terceira análise de Little “que durou seis anos, na sua primeira etapa, dedicada à saída da psicose, e mais um ano e meio na segunda, dedicada à elaboração do complexo de Édipo” (NAFFAH NETO, 2008, p. 110). Em relação a esse período, ou seja, os seis anos de análise com o psicanalista, Little escreve:

Não posso fazer uma narrativa tão clara, coerente ou detalhada como gostaria do período com ele. Posso apenas relatar minuciosamente algumas das coisas que aconteceram. (LITTLE, 1992, p. 43).

Uma hipótese anteriormente apresentada, e com a qual concordamos, é que o quadro clínico de psicótica *borderline* de Margaret Little revelou uma formação que Naffah Neto (2008) classificou “como uma *esquizoidia com sintomas depressivos*” (p. 110. Itálicos no original). E foi no decorrer do primeiro período de análise com Winnicott que este quadro clínico peculiar de Little pôde se revelar. Por esse ângulo, acompanharemos as circunstâncias que ocorreram no *setting* winnicottiano que corroboram com a hipótese de Naffah Neto.

Nesse contexto, em sua primeira sessão, novamente, tal qual como as análises anteriores Little ficou deitada no divã escondida sob o cobertor, incapaz de se mover ou de falar. A esse respeito, Little nos narra:

A primeira sessão trouxe a repetição do terror. Eu permaneci curvada fortemente, completamente escondida sob o cobertor, incapaz de me mover ou de falar. D. W. ficou silencioso até o final da hora, quando disse somente: “Eu não *sei*, mas tenho um sentimento de que você está me trancando para fora por alguma razão”. Isso trouxe alívio, pois ele pôde admitir que não sabia e permitir uma contestação, se ela viesse. Mais tarde, percebi que estivera me trancando por dentro, assumindo a menor quantidade de espaço possível e sendo tão reservada quanto eu podia, escondendo-me no útero, mas sem segurança mesmo aí. (LITTLE, 1992, p. 44-45).

Na opinião de Naffah Neto (2008), nesta circunstância inicial da análise, Winnicott não tinha entendido que o recolhimento da analisanda tratava-se de um sintoma esquizóide e “interpreta-o como resistência à análise e à presença do analista – tendo a humildade de dizer que, de fato, não sabe o que acontece, e que relata apenas um sentimento. Isso traz alívio à paciente, mas não o suficiente para aliviar seu terror” (NAFFAH NETO, 2008, p. 110).

Convém enfatizar que, depois de algumas sessões, Little, mais uma vez, da mesma maneira que em suas análises anteriores sentia-se incompreendida pelo analista e entra em desespero:

Eu caminhei ao redor da sua sala, tentando encontrar um caminho. Pensei em me atirar da janela, mas achei que ele me impediria. Depois pensei em jogar fora todos os seus livros, mas finalmente investi contra um grande vaso cheio de lilases brancos, quebrando-o e pisando nele. D. W. precipitou-se para fora da sala, mas voltou um momento antes do final do horário. Ao me encontrar limpando a sujeira ele disse: “Eu poderia ter esperado que você fizesse isso (limpar, ou sujar?), mais tarde”. No dia seguinte, uma réplica exata havia substituído o vaso e os lilases. Alguns dias depois, ele explicou que eu havia destruído uma coisa que ele gostava. (LITTLE, 1992, p. 45).

Em outras palavras, esta circunstância pode ser descrita em termos técnicos. Segundo Naffah Neto (2008), aquilo que Winnicott disse na interpretação¹¹ referia-se ao que ele poderia aguardar em relação a um desejo reparatório vindo de Little “mais tarde, quando pudesse ter entrado no *estágio do concernimento*¹², mas não agora, quando ainda está revivendo traumas muito primitivos” (p. 111. Itálicos no original).

O autor segue explicando que “a atuação de Little provocou então em Winnicott – após um recolhimento necessário para se recompor do ódio gerado pelo ato destrutivo da

¹¹ A interpretação será desenvolvida na seção 4.3 deste capítulo.

¹² Tradução que Elsa Oliveira Dias (2003) propôs para o conceito winnicottiano *stage of concern*.

paciente – a compreensão de que se encontrava diante de uma paciente *borderline*” (NAFFAH NETO, 2008, p. 111).

Ainda no começo da análise, após uma crise aguda de gastroenterite (num momento posterior reconhecida como uma crise de doença celíaca), continuava a se sentir doente, exausta fisicamente e deprimida, esta crise de depressão maior durou cerca de três meses. Além dessa, ocorreram outras duas depressões “incapacitantes consecutivas às perdas das quais estava ciente” (LITTLE, 1992, p. 54). Também apresentou sintomas depressivos bastante sérios e sem causa aparente, que apareceram três vezes, no decorrer da análise com Winnicott, mantiveram-se por dez dias, com intervalos similares de três meses. Quanto a isso, Naffah Neto nos esclarece que:

Esses sintomas depressivos, ao que tudo indica, formaram-se devido à quase total impossibilidade de Little integrar e se apropriar dos seus impulsos eróticos/agressivos, dado que seu *self* verdadeiro, retraído e desintegrado, característico do estado esquizóide, não tinha qualquer capacidade para realizar tal tarefa. Esses impulsos viviam, em grande parte, cindidos de sua personalidade, mantidos à parte pelo falso *self*, só a tomando de quando em quando, de forma impulsiva e desordenada. Isso gerava, na maior parte do tempo, um baixo tom vital de colorido depressivo, que se agravava cada vez que Little sofria alguma perda e, pelas mesmas condições precárias, a impedia de elaborar os lutos necessários. O que era um colorido depressivo transformava-se, então, numa *crise depressiva*. (NAFFAH NETO, 2008, p. 115. Itálicos no original).

Explicado isso, retomamos as sessões de início da análise, e no momento no qual Winnicott compreendeu que estava na presença de uma paciente psicótica *borderline*. Ademais dos estados de retraimento:

Ele (Winnicott) percebeu logo que, na primeira metade de cada sessão, nada acontecia. Eu não podia falar até encontrar um estado “assentado”, não perturbado por qualquer impingidela do tipo: ser indagada sobre o que estava pensando, etc. Era como se eu tivesse de trazer para dentro de mim o silêncio e a tranquilidade que ele proporcionava. Isso fazia tal contraste com os distúrbios da infância, com o estado de minha mãe movido a ansiedade e a hostilidade geral da qual eu sempre tive necessidade de me retrair para buscar quietude. A partir daí, ele estendeu a duração das sessões para uma hora e meia, pelo mesmo preço, até quase o final da análise. (LITTLE, 1992, p. 46).

Comprendemos, portanto, a partir da citação de Little (1992), que Winnicott identificou, sem demora nestas sessões de início da análise, que a analisanda ficava um longo tempo recolhida em silêncio. Ela experienciara, durante sua infância um ambiente com perturbações constantes e necessitava, por isso, recolher-se numa espécie de refúgio psíquico, em busca de quietude. Desde esse momento, Winnicott, aumentou a duração das sessões, ou seja, a duração de uma sessão individual no processo analítico é por via de regra de 50

minutos ele aumentou para uma hora e meia, sem cobrar a mais, até aproximadamente o final da análise, assim garantindo à paciente o tempo substancial de recolhimento e de trabalho na sessão. De acordo com Naffah Neto, este é um tipo de “manejo do tempo de sessão” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020).

Naffah Neto, nos apresenta “alguns exemplos de manejos clínicos, que pertencem ao protocolo clínico de Margaret Little” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020). O primeiro foi exposto acima o manejo do tempo de sessão, o segundo manejo do *holding* corporal¹³ e ainda podemos encontrar outros exemplos:

3. Manejos do ambiente da paciente:

Little relata que, nos feriados ou férias, quando Winnicott estava ausente e percebia que ela necessitaria de um suporte extra, devido à sua ausência, ele combinava, sem ela saber, com algumas de suas amigas para irem encontrá-la e lhe fazerem companhia. E quando intuía que ela poderia se matar, durante a sua ausência, providenciava, em acordo com a paciente, uma hospitalização, da qual cuidava nos mínimos detalhes, já que era psiquiatra e tinha acesso aos hospitais e médicos responsáveis.

4. Manejos como ego-auxiliar do paciente:

4.1. Funcionar como *duplo* do paciente, expressando sentimentos que o paciente ainda não consegue expressar. Por exemplo, Winnicott disse, em certa sessão, para Little: “Eu realmente *odeio* a sua mãe”, expressando um ódio que a paciente ainda não conseguia expressar.

4.2. Cuidar da segurança do paciente, quando ele se encontra num estado emocional alterado. Winnicott chegou a esconder as chaves do carro de Little, quando sentiu que ela se encontrava num estado alterado de consciência e poderia correr perigo dirigindo. Somente lhe devolveu as chaves, quando percebeu ela voltara ao seu estado normal.

4.3. Realizar as sessões na casa do paciente, quando este, por doença – ou outros impedimentos – torna-se incapaz de se locomover até o consultório do psicanalista. Winnicott atendeu Little na casa da paciente, durante um longo tempo, quando ela teve uma crise de gastroenterite e não conseguia se locomover.

4.4. Situar o paciente no tempo, quando este se encontra confuso, em função da estar experimentando, no presente, estados que originalmente, aconteceram no passado. Num momento em que Little estava sentido medo de ser aniquilada, Winnicott lhe disse que esse medo de aniquilação já tinha acontecido, que ela tinha, de fato, sido aniquilada psicologicamente, no passado, mas tinha sobrevivido corporalmente e estava, então, revivendo a experiência já acontecida (Little, 1990, p. 62). (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020. Itálicos no original).

É relevante evidenciar, nesse ponto, especialmente no âmbito do *setting* winnicottiano, que no caso Margaret Little aconteceram “manejos nos quais Winnicott se revelou ousado, criativo e de grande competência terapêutica” (NAFFAH NETO, 2008, p. 115).

¹³ Todos os exemplos de manejos clínicos mencionados serão desenvolvidos ao longo deste capítulo: manejo do *holding* corporal disponível na seção 4.4; manejos do ambiente da paciente disponível na seção 4.6; manejos como ego-auxiliar do paciente item 4.1. disponível na seção 4.4; manejos como ego-auxiliar do paciente item 4.2. disponível nas seções 4.4 e 4.5.2; manejos como ego-auxiliar do paciente item 4.3. disponível na seção 4.6; manejos como ego-auxiliar do paciente item 4.4. disponível na seção 4.7.

Ao ser empreendida uma busca na língua inglesa do significado do termo manejo (*management*) temos: “1. a ação de administrar (*managing*); 2. os gerentes (*the managers*) de uma organização” (SOANES, 2001, p. 547).

No projeto winnicottiano, a ênfase recai sobre o manejo que ganha na proposta psicanalítica de Winnicott o estatuto de procedimento terapêutico legítimo. Em outro momento, referindo-se aos pacientes do terceiro agrupamento, que se concentra os pacientes para a finalidade deste estudo, ele afirma:

No terceiro agrupamento, coloco todos os pacientes cuja análise deve lidar com os estágios primitivos do desenvolvimento emocional, antes e até o estabelecimento da personalidade como uma entidade, e antes da aquisição do status de unidade espaço-tempo. A estrutura pessoal ainda não está fundada de forma segura. Com relação a este terceiro agrupamento, a ênfase está certamente no manejo e às vezes o trabalho analítico comum com esses pacientes deve ficar suspenso por longos períodos, sendo mantido apenas o manejo. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 460).

De acordo com Winnicott, é possível utilizar a velha teoria, no entanto de uma forma nova e prática no trabalho psicanalítico. Neste trabalho apresentado por ele o analista deve adotar:

[...] os princípios básicos da psicanálise, em que o inconsciente do paciente é quem lidera o processo, sendo seguido com exclusividade pelo analista. Ao lidar com a tendência regressiva, o analista deve estar preparado para seguir o processo inconsciente do paciente, evitando tornar-se diretivo e sair do seu papel. Descubri que não é necessário sair do papel de analista e que é possível seguir a liderança do inconsciente do paciente nesse tipo de tratamento tanto quanto na análise de uma neurose. Existem, no entanto, diferenças entre os dois tipos de trabalho. (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 395).

Convém diferenciar os dois tipos de trabalho como forma de elucidar as proposições winnicottianas: na análise com neuróticos “o contexto analítico revela-se menos importante que o trabalho interpretativo” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 395). Entretanto Winnicott afirma: “No trabalho em que estou descrevendo, o contexto torna-se mais importante que a interpretação” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 395). Evidenciando que, “por contexto entendo o somatório de todos os detalhes relativos ao manejo” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 395).

O fornecimento de um ambiente adaptado às necessidades específicas do paciente, em modificação ao método de tratamento fundamentado na interpretação é, portanto, representado em condições de manejo.

Segundo Masud Khan (2000), podemos encontrar, nos escritos de Winnicott, três tipos de manejo:

1. A qualidade do contexto analítico: o silêncio e a ausência de intrusões sobre o paciente.
2. O fornecimento, pelo analista, do que é necessário ao paciente: a ausência de intrusões pela interpretação, e/ou a sua presença física, e/ou a liberdade dada ao paciente de andar ou simplesmente estar ali, ou fazer o que lhe parecer necessário.
3. O manejo pode ser fornecido somente em termos de um ambiente social ou familiar, e pode variar entre a hospitalização e os cuidados proporcionados pela família ou por amigos. (KHAN, 2000, p. 28).

O autor prossegue, ainda, esclarecendo que muitos fracassos na situação analítica no momento da regressão à dependência são consequências de falta de empatia e manejo inadequado das necessidades específicas dos pacientes e ressalta: “as falhas na situação analítica derivam invariavelmente de nossa incapacidade de preencher as necessidades do paciente, e não da sua resistência” (KHAN, 2000, p. 28). Contudo, argumenta o autor, “lidar clinicamente com as necessidades do paciente no estágio de regressão à dependência implica invariavelmente mais manejo do que em interpretação” (KHAN, 2000, p. 28).

4.3 A psicose de transferência estabelecida com Winnicott

*“Para mim, D. W. não representava minha mãe.
Na minha ilusão transferencial, ele era minha mãe [...]”
(LITTLE, 1992, p. 95).*

À medida que Winnicott foi concebendo, em seu trabalho, suas concepções psicanalíticas, utilizou a velha teoria de uma forma nova com casos de pacientes psicóticos e *borderlines* mediante estudos acerca do processo de identificação primária que “implica num ambiente ainda não diferenciado daquilo que mais tarde virá a ser um indivíduo” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 394). Do ponto de vista do bebê, de acordo com o psicanalista, na relação mãe-bebê nos estágios iniciais, na fase de dependência absoluta, nesse momento, não existe um ego diferenciado do ambiente, ou seja, o ego do bebê é sustentado pelo ego da mãe. Em vista disso, constatou que seu trabalho:

[...] amplia o conceito de transferência pelo fato de na análise dessas fases não ser possível considerar o ego uma entidade estabelecida. Não pode, então, existir também a neurose de transferência, para a qual certamente é preciso que haja um ego, e na verdade um ego intacto, capaz de manter defesas contra a ansiedade derivada dos instintos – e de assumir a responsabilidade pelas mesmas. (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 394).

Em vista disso, se constitui a ampliação da concepção de transferência em Winnicott, assim, a evidente diferença entre neurose de transferência e psicose de transferência encontramos na citação abaixo, que retrata o valor dessa experiência:

Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente volta ao passado, e é o passado. O analista encontra-se, assim, confrontado com o processo primário do paciente na situação em que esse processo tinha o seu valor original. (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 396).

Winnicott (1947/2000) considera que, no trabalho da análise que se pratica por intermédio de interpretações referentes ao conteúdo apresentado, baseado na neurose de transferência, que se manifesta “do inconsciente do paciente. O analista assume o papel de uma ou outra figura confiável da infância do paciente. Ele fatura o sucesso daqueles que fizeram o trabalho braçal, quando o paciente era um bebê” (p. 280). Deste modo, a neurose de transferência está relacionada com o conceito de que o analisando repete no tratamento psicanalítico as suas lembranças reprimidas, transferindo-as para seu analista. O seu esclarecimento por meio de interpretação leva à revelação dos mecanismos em ação da neurose. A descrição faz parte do trabalho psicanalítico da velha teoria, “que na maioria dos casos lida com pacientes cujos sintomas são de natureza neurótica” (WINNICOTT, 1947/2000, p. 280). A esse respeito, Prado escreve:

Entende-se por neurose de transferência o fenômeno pelo qual aspectos afetivos não elaborados pelo analisando serão, de forma inconsciente, repetidos na relação analítica. Ao analista caberá interpretá-los para, desta forma, ajudar o paciente a discriminar aquilo que faz parte de seu mundo interno (subjetivo) do mundo ‘real’ (objetivo). O analista ocupará a posição de fenômeno transferencial e estabelecerá, via interpretação, um ‘canal de comunicação’ entre os mundos subjetivo e objetivo do analisando com vistas à simbolização. (PRADO, 2013, p. 15).

Já na concepção psicanalítica winnicottiana encontramos um tipo de “transferência denominada pela necessidade do paciente de regredir à dependência” (WINNICOTT, 1960c/1983, p. 150), uma vez que, nos casos de pacientes psicóticos e *borderlines* são casos em que esta modalidade de transferência emerge.

Naffah Neto (2010b/2017) esclarece as palavras de Winnicott (1955-6/2000), artigo mencionado acima, a respeito da concepção de psicose de transferência: “Winnicott diz que nesse tipo de transferência é como se o presente retornasse ao passado e o analista se

defrontasse com os processos primários do paciente, no ambiente original em que foram confirmados” (p. 260). Quanto a isso, Prado nos informa que:

Por sua vez, na psicose de transferência, a figura real do analista é totalmente eclipsada sendo este vivenciado exclusivamente como um objeto subjetivo. A psicose de transferência tomará forma nos momentos de regressão ao estado de dependência [...]. (PRADO, 2013, p. 15).

É oportuno considerarmos “que Little estabeleceu com Winnicott – tal como com Ella Sharpe, antes dele – uma *psicose de transferência*” (NAFFAH NETO, 2008, p. 115. Itálicos no original). Sendo assim, falando-nos de sua análise com o analista e dos períodos de regressão à dependência¹⁴ pelos quais passou, Little nos descreve:

Para mim, D. W. não representava minha mãe. Na minha ilusão transferencial, ele era minha mãe (...) e, como há uma continuidade real entre mãe e feto, genética e corporalmente (por meio das membranas e da placenta), assim, para mim, suas mãos eram o cordão umbilical, seu divã a placenta, os cobertores as membranas, muito aquém de qualquer nível consciente, até um estágio bem posterior. (LITTLE, 1992, p. 95-96).

Considerando o acima citado, podemos observar que na psicose de transferência de Little (1992), não há duplo apontamento sequer de tempos cronológicos visto que o presente retorna ao passado, também não de tipos objeto visto que não há figura real do analista, ou seja, o analista se encontra na posição como objeto subjetivo, mas, presenciamos processos primários visto que há a dependência do paciente em referência ao ambiente. Nesta circunstância, não há necessidade de interpretar, mas sim de sustentar. E baseado neste contexto que Naffah Neto faz suas ponderações pertinentes a interpretação nessa modalidade de transferência:

[...] nesse contexto, a interpretação torna-se desnecessária, já que não há nada a ser discriminado, diferenciado, nem no nível dos tempos envolvidos, nem no nível dos objetos aí implicados. Necessária aí é tão somente a sustentação da transferência, para que o paciente possa reviver a situação traumatogênica diante de um ambiente mais acolhedor e assim retomar experiências que, na história real, não puderam se realizar ou ficaram truncadas. (NAFFAH NETO, 2010b/2017, p. 260-261).

No que tange à questão da interpretação, Winnicott (1963c/1983), chama a atenção para o perigo que há em se interpretar nos períodos de regressão à dependência, já que, nesta fase da análise “o analista é deixado, pelo paciente, atingir as camadas mais profundas da

¹⁴ O conceito de regressão à dependência será desenvolvido na seção 4.5 deste capítulo.

personalidade do analisando por causa da sua posição como objeto subjetivo, ou por causa da dependência do paciente da psicose de transferência” (p. 172), dado que:

É somente aqui, no lugar em que o analista ainda não mudou de objeto subjetivo para um que é objetivamente percebido, que a psicanálise é perigosa, e o perigo é tal que pode ser evitado se sabemos como nos comportar. Se esperarmos nos tornarmos percebidos objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falharmos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico do paciente (que é o equivalente ao processo maturativo do lactente e da criança) subitamente nos tornamos não-eu para o paciente, e então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiado próximos na comunicação com o núcleo central quieto e silencioso da organização do ego do paciente. (WINNICOTT, 1963c/1983, p. 172).

Convém, no entanto, enfatizar que “o contexto se torna mais importante que a interpretação. A ênfase é transferida de um aspecto para o outro” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 395). De acordo com, Naffah Neto (2007/2017) “a interpretação não constitui a ferramenta psicanalítica-mor e, sim a criação de um ambiente terapêutico de confiança, que abra caminho para regressões aos estágios de dependência, por meio da transferência” (p. 160).

Por essa perspectiva, Winnicott prossegue, ainda esclarecendo que no momento em que o paciente regredido a estágios de dependência manifesta por meio da psicose de transferência que a necessidade de cuidados iniciais remete ao aqui e agora, se encontrando o analista na posição como objeto subjetivo, nestas circunstâncias, a modificação da técnica se realiza: “me modifico no sentido de ser um psicanalista que satisfaz, ou tenta satisfazer, as necessidades de um caso especial” (WINNICOTT, 1962c/1983, p. 154).

Em referência ao paciente regredido a estágios de dependência e a técnica modificada, em concordância com o pensamento de Winnicott, Naffah Neto (2010b/2017) nos explica que: “aí não cabe mais a atenção flutuante do analista, como ferramenta clínica, e muito menos se esperar associações livres de um paciente em tais condições. Já não estamos mais na técnica psicanalítica padrão, mas na técnica modificada” (p. 261).

Nesta análise com a técnica modificada na qual as regressões aos estágios de dependência, por meio da psicose de transferência se determina, conforme uma vertente de grande importância, o analista terá, ele próprio, de pôr em prática algumas funções ambientais, que representam os cuidados maternos os quais precisariam ter acontecido no início do amadurecimento, no qual não existia um ego diferenciado do ambiente, ou seja, o ego do bebê era sustentado pelo ego da mãe. Nessas condições, Winnicott é contundente quando nos diz: o analista “se encontra na mesma posição da mãe de um bebê recém-nascido” (WINNICOTT, 1947/2000, p. 282). Neste contexto, “um paciente regredido exige a presença

maciça do analista, incluindo, muitas vezes, contatos corporais à guisa de *holding*” (NAFFAH NETO, 2010b/2017, p. 261) por causa de seu ego primitivo.

Concordamos com Naffah Neto (2010b/2017) a respeito da conclusão no que concerne à ampliação da concepção de transferência em Winnicott. Se, por um lado, “diante da *neurose de transferência* o analista necessita manter-se sobre os próprios pés, receptivo, mas distinto da dinâmica do paciente, para poder elaborar mentalmente as interpretações” (p. 261-262. Itálicos no original). Por outro lado, na “*psicose de transferência* já lhe solicita algo totalmente diverso: um estado de identificação ao paciente, chegando mesmo à fusão, sem que perca, ao mesmo tempo, a orientação para a realidade externa e o contato consigo próprio” (NAFFAH NETO, 2010b/2017, p. 262. Itálicos no original).

4.4 O *holding* corporal oferecido a analisanda

“Literalmente, durante intermináveis horas ele segurou as minhas duas mãos apertadas entre as dele, quase como um cordão umbilical [...]”
(LITTLE, 1992, p. 46).

Nos períodos em que o paciente psicótico *borderline* encontra-se temporariamente regredido à dependência¹⁵, como nos explicou Naffah Neto (2010b/2017), este paciente demanda a presença maciça do analista, abrangendo, amiúde, “contatos corporais à guisa de *holding*. Ao mesmo tempo, o analista não pode perder a função de realidade” (p. 261). A esse respeito, Winnicott discorre:

O analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo que identificado ou mesmo fundido com o paciente. O paciente precisa ficar extremamente dependente, absolutamente dependente mesmo, e essas palavras são certas mesmo quando há uma parcela sadia da personalidade que atua como um aliado do analista e na verdade informa ao analista como se comportar. (...) O psicótico *borderline* atravessa gradativamente as barreiras que denominei de técnica do analista e atitude profissional e força um relacionamento direto de tipo primitivo, chegando até o limite de fusão. (...) Há muito para se dizer sobre o uso que o analista pode fazer de suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica de seu paciente no *self* do analista, e do efeito disto na atitude profissional do analista. (WINNICOTT, 1960c/1983, p. 149-150-151).

No entanto, esses períodos regredidos e dependentes pelos quais Margaret Little passou, ocorreram dentro da circunstância da relação de transferência, ou seja, neste caso da psicose de transferência estabelecida com Winnicott. Em vista disso, retomemos, a passagem

¹⁵ O conceito de regressão à dependência será desenvolvido na seção 4.5 deste capítulo.

em que a analisanda fala-nos de sua análise com o analista e dos períodos de regressão à dependência e nos descreve:

Para mim, D. W. não representava minha mãe. Na minha ilusão transferencial, ele era minha mãe (...) e, como há uma continuidade real entre mãe e feto, genética e corporalmente (por meio das membranas e da placenta), assim, para mim, suas mãos eram o cordão umbilical, seu divã a placenta, os cobertores as membranas, muito aquém de qualquer nível consciente, até um estágio bem posterior. (LITTLE, 1992, p. 95-96).

De acordo com Naffah Neto (2008), “por essa razão, o *holding* psicanalítico, nesse caso, teve necessariamente de incluir *contatos corporais* indispensáveis, em períodos de grande terror” (p. 115-116. Itálicos no original). Portanto, os contatos corporais podem ser reconhecidos na citação que se segue:

Literalmente, durante intermináveis horas ele segurou as minhas duas mãos apertadas entre as dele, quase como um cordão umbilical, enquanto eu ficava deitada, frequentemente escondida debaixo do cobertor, calada, inerte, retraída, apavorada, com raiva ou em lágrimas, dormindo e às vezes sonhando. Em algumas ocasiões, ele ficava sonolento, adormecia e despertava com um movimento abrupto, ao que eu reagia com raiva, apavorada e com uma sensação de ter sido golpeada. (...) D. W. deve ter sentido muito tédio e exaustão nessas horas, às vezes até mesmo dor em suas mãos. (LITTLE, 1992, p. 46).

À vista de todo o exposto, notamos o grau de regressão pelo qual Little passou e o ambiente de *holding* presente e estabelecido no *setting* winnicottiano. Nesta situação analítica observamos manejos em que o analista se mostrou ousado e criativo fazendo o *holding* se estender ao contato corporal de suas mãos com as mãos da paciente, desta forma oferecendo *holding* a analisanda em períodos de grande terror.

Por sua vez Abram (2000) nos apresenta que: “Do conceito de *holding* proposto por Winnicott no *setting* terapêutico não faz parte a ideia de o analista tocar o paciente” (p. 139). Contudo, Naffah Neto argumenta que:

Isso pode ser verdade na maior parte dos casos, quando o divã pode ser vivido como uma extensão do corpo do analista, para compor transferencialmente o corpo materno. Entretanto, Margaret I. Little nos conta que, em sua análise com Winnicott, ele lhe segurava as mãos durante longo tempo e sempre que fosse necessário, o que é bastante compreensível por se tratar de uma paciente *borderline* bastante grave. (NAFFAH NETO, 2003/2017, p. 233).

Por esse ponto de vista o autor prossegue, ainda esclarecendo que por conseguinte, no nível de implicação e de reserva do analista especificamente no que diz respeito às “necessidades, por vezes inevitáveis, de contato corporal de suporte, em situações regressivas

- também deverá variar de caso para caso, em função das necessidades de cada paciente, sempre levando em conta, evidentemente, as questões transferenciais implicadas” (NAFFAH NETO, 2003/2017, p. 233).

É relevante evidenciar, nesse ponto, especialmente no âmbito do manejo do *holding* corporal, se quando Winnicott segurava as mãos de Little “quase como um cordão umbilical” (LITTLE, 1992, p. 46), se “isso não viola a regra de abstinência proposta por Freud? Winnicott não estaria, aí, gratificando eroticamente a paciente, segurando as suas mãos?” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020). Naffah Neto, responde a tal pergunta: “A resposta é: Não, pois não se trata aí de um desejo erótico de Little, mas de uma necessidade egóica, diante de um terror de aniquilação” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020). A esse respeito, Naffah Neto nos explica que:

Freud pensava que a sexualidade infantil se forma de imediato, ou seja, o bebê mama, ele sente prazer na mamada e ele passa a buscar esse prazer mesmo quando ele não tá com fome. Então ele leva o dedo a boca na ausência da mão. Buscando aquele prazer que ele sentiu nas mamadas. Winnicott pensava diferente, ele pensava que a sexualidade infantil demora um tempo maior, envolve um amadurecimento da criança pra poder se apropriar tanto dessas sensações prazerosas quanto dos impulsos eróticos. O paciente psicótico regredido, ele regride a fase de dependência quando o que tá (...) são necessidades egóicas ou medos de desintegração de cair no precipício (...). Então dar as mãos não significa entrar num desejo erótico ou recompensar um desejo erótico. Mas, sim segurar a paciente pra que ela não caia nesse abismo. Ou seja, é entrar e responder a uma necessidade egóica ao medo de morte de colapso¹⁶ e não entra numa simbiose erótica. (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020).

Podemos analisar essa questão pelo quadro clínico da paciente. Little não era uma paciente cuja problemática central é a neurose. Mas sim uma paciente cuja problemática central é a psicose, ou seja, uma psicótica *borderline* com falhas ambientais traumáticas precoces. Estas falhas ambientais traumáticas ocorreram nos estágios mais iniciais do seu amadurecimento emocional, ou seja, no estágio de dependência absoluta causando uma interrupção no processo de desenvolvimento do ego e resultando numa organização psíquica constituída por um falso *self*.

A passagem em que a analisanda fala-nos de sua análise com o analista e dos períodos de regressão à dependência, em que nos descreve, quando Winnicott segurava suas mãos “quase como um cordão umbilical” (LITTLE, 1992, p. 46), ou melhor, do manejo do *holding* corporal, nestes períodos, Little estava regredida a um estado de dependência absoluta. Neste

¹⁶ O medo do colapso será desenvolvido na seção 4.5.2 deste capítulo.

contexto, Little era simplesmente um bebê, psiquicamente falando, encontrava-se assustada, com medo e sofrendo de agonias impensáveis.

Então, o *holding* corporal oferecido à analisanda, nos períodos de regressão à dependência, era necessário a fim de que pudesse se integrar e retomar seu amadurecimento psíquico conforme o conceito teórico e clínico de Winnicott.

Assim, a regra de abstinência proposta por Freud, de fato não foi violada, pois não se aplica a pacientes cuja problemática central é a psicose, ou melhor, psicótica *borderline* como no caso de Margaret Little. Deste modo, Winnicott com o manejo do *holding* corporal não infringiu a regra freudiana de abstinência, uma vez que, não gratificou eroticamente a paciente segurando as suas mãos, devido a condição primitiva da dinâmica psíquica de Little no primeiro período de análise.

À vista disso, esse ambiente de *holding*, entendido como sustentação da situação analítica, significa a ocasião favorável para oferecer ao paciente um ambiente-*setting* que sustente e que possa produzir transformações, facilitando as mudanças psíquicas. Conforme vemos no processo analítico de Little com Winnicott, a fim de produzir transformações e facilitar as mudanças psíquicas, “no primeiro período de análise, dedicado à saída da psicose, o *holding* e a regressão foram os principais recursos utilizados” (NAFFAH NETO, 2003/2017, p. 233).

Nesse sentido, de um ponto de vista objetivo, Naffah Neto (2008), apresenta sua opinião sobre o *holding* de Winnicott: “o *holding* sempre foi a sua ferramenta maior, aliada ao espírito lúdico: sempre que possível, procurava realizar a análise na sobreposição entre o seu espaço potencial¹⁷ e o do paciente” (p. 115).

Segundo Abram o *setting* winnicottiano, “em fins da década de 50, transforma-se no ambiente que proporciona o *holding*” (ABRAM, 2000, p. 27). “É o *setting* analítico que fornece o ambiente de *holding* necessário ao paciente (*setting* analítico = ambiente de *holding*)” (ABRAM, 2000, p. 138). Quanto a isso, ainda nos informa que:

Com bastante frequência Winnicott faz referência ao *holding* como uma espécie de manejo – em especial ao dirigir-se aos profissionais que no cotidiano lidam com pessoas que não podem tomar conta de si mesmas. Manejo foi também o termo utilizado em relação ao cuidado dispensado a determinados pacientes no *setting* psiquiátrico, bem como na relação analítica. (ABRAM, 2000, p. 139).

¹⁷ O espaço potencial “diz respeito a uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna, nem da realidade externa; mais propriamente, é o espaço em que ambas as realidades encontram-se e separam o interior e o exterior” (ABRAM, 2000, p. 253).

Cabe assinalar que, o *holding* proposto por Winnicott incluía também a busca de egos-auxiliares “que pudessem substituí-lo em férias e períodos de descanso. Aí, contactava amigos de Little, sem ela saber e, quando isso não era possível, utilizava-se da internação hospitalar, em condições especiais, determinadas por ele que, nesse caso, mantinha-se em contato¹⁸” (NAFFAH NETO, 2008, p. 116) com Little o tempo todo.

Uma definição do termo manejo é apresentada pela própria analisanda, quando nos fala de como foi a atuação de Winnicott como seu analista. Isso posto, ela escreve:

A sustentação (*holding*), da qual o manejo foi sempre uma parte, significava (para ele, Winnicott) assumir total responsabilidade, suprimindo tudo aquilo que a força de ego do paciente não podia encontrar nele mesmo, e suspendendo isso gradativamente, tão logo o paciente pudesse assumi-lo por conta própria. Em outras palavras, fornecendo um “ambiente propício, onde fosse seguro estar”. (LITTLE, 1992, p. 47).

Em seu relato, Little (1992), nos apresenta escritos sobre o conceito de *holding* que demonstra o modo de trabalhar de Winnicott:

D. W. usava a palavra *holding metafórica e literalmente*. Metaforicamente ele estava *controlando (holding)* a situação, dando apoio, mantendo contato em todos os níveis com qualquer coisa que estivesse acontecendo, dentro e ao redor do paciente e no relacionamento com ele. (...) O *holding*, do qual o “controle” era sempre uma parte, significava assumir total responsabilidade, fornecer toda a força do ego que o paciente não podia encontrar em si mesmo, e retirá-la, gradualmente, quando o paciente fosse capaz de cuidar de si mesmo. (...) Apenas em raras ocasiões o *holding* significava literalmente limitar ou controlar. (LITTLE, 1992, p. 46-47. Itálicos no original).

Convém, no entanto, ressaltar que esporadicamente o *holding* significava limitar ou controlar, nestas ocasiões esporádicas em nenhum momento o analista era condescendente para com a analisanda, dessa forma, Winnicott podia proibir a ação de Little. Sendo assim, a condescendência do analista pode ser identificada no trecho a seguir:

Ele era compassivo, mas sempre firme, às vezes ao ponto de ser cruel, quando achava que isso era necessário para a segurança do seu paciente. Impossibilitando de intervir fisicamente, ele podia “proibir” a ação. Isso era muito eficaz (...) porque, no contexto de uma transferência ilusória¹⁹ (...), tornava-se automaticamente a proibição do próprio paciente, e depois se associava a algum elemento de sanidade (...). Funcionava tanto no nível consciente como no inconsciente. (LITTLE, 1992, p. 47. Itálicos no original).

¹⁸ A descrição desta proposta de Winnicott da busca de egos-auxiliares será apresentada na seção 4.6 deste capítulo.

¹⁹ Ou seja, psicose de transferência em que o analista se encontra na posição como objeto subjetivo do paciente.

Assim, “ele poderia, nessa direção – como fez com Little –, esconder as chaves do carro, se sentisse que o paciente estava à mercê dos seus impulsos destrutivos, devolvendo-as somente quando a dinâmica emocional tivesse mudado” (NAFFAH NETO, 2008, p. 116). Nestes momentos, Winnicott fazia uso do manejo como ego-auxiliar da analisanda.

Para Abram (2000) o ambiente de *holding* “norteia as necessidades psicológicas e físicas do paciente” (p. 139). Desta forma “o *setting* analítico fornece a potencialidade para que o paciente vivencie um ambiente de *holding*, provavelmente, pela primeira vez” (ABRAM, 2000, p. 204).

Com base no acima exposto, podemos observar aqui neste tratamento psicanalítico, um momento decisivo para a analisanda em que notara sinais e doença e alertara seu analista, sendo ouvida. Aconteceu quando Winnicott não estava bem, “parecendo *cinzento* e muito doente” (LITTLE, 1992, p. 50. Itálicos no original). Little como boa clínica geral, disse-lhe que notara sinais de trombose coronariana e não de laringite, conforme o analista insistia. Entretanto, quando recebeu o diagnóstico, telefonou para a analisanda e lhe disse: “Você estava certa, é trombose coronariana” (LITTLE, 1992, p. 50). Este tornou-se o momento em que Little constatou uma longa interrupção na análise, a constatação foi dolorosa, porém tal ato do analista teve o seguinte significado: “finalmente me foi *permitido* saber a verdade: *eu* podia estar certa e confiar nas minhas próprias percepções. Era uma mudança que assinalava um momento decisivo, e D. W. sabia disso” (LITTLE, 1992, p. 50. Itálicos no original).

Um outro momento significativo para Little foi na ocasião em que contou para Winnicott a respeito da perda antiga de uma amiga muito estimada. Na época em que a amiga esteve doente antes de falecer Little não foi presente. “Eu havia sido “indelicada” e “egoísta” não escrevendo para ela” (LITTLE, 1992, p. 48). O analista no mesmo instante começou a chorar e a analisanda da mesma forma o fez como nunca fizera antes, conseguindo se lamentar da sua perda. Ao se referir ao analista, Little nos diz: “Sem sentimentalismo ele era capaz de sentir por, com e para o seu paciente, participando de uma experiência de tal modo, que a emoção que tivera de ser reprimida podia ser manifestada” (LITTLE, 1992, p. 48).

E por fim, mais uma situação relevante de acordo com Little (1992), o analista teria dito: “Eu realmente odeio a sua mãe” (p. 48). Isto ocorreu quando a analisanda relatava a rotina de cuidados excessivos os quais foi submetido durante a infância. Conforme Naffah Neto, este manejo como ego-auxiliar do paciente, funcionou “como *duplo* do paciente, expressando sentimentos que o paciente ainda não consegue expressar” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020. Itálicos no original). Aqui, o sentimento expressado é “um ódio que a paciente ainda não conseguia expressar” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020).

4.5 A regressão à dependência

Durante a análise e com as sucessivas sessões com Winnicott, Margaret Little pode regredir a um estado de dependência. A assim denominada regressão à dependência, ao longo do trabalho analítico, compõem um processo essencial, para o analista, em razão de pacientes “com defesas erigidas contra falhas ambientais traumáticas precoces muitas vezes envolvendo a constituição de um falso *self* para proteger o *self* verdadeiro – terão nesse processo sua única chance de reverter esse estado de coisas” (NAFFAH NETO, 2003/2017, p. 228).

“A regressão aos acontecimentos traumáticos dos estágios de dependência e a revivência transferencial dos mesmos de forma reparadora constitui, para Winnicott, a grande ferramenta terapêutica” (NAFFAH NETO, 2007/2017, p. 159).

A sequência de eventos necessários para essa regressão à dependência foi escrita pelo analista:

O *setting* da análise reproduz as mais antigas técnicas de maternagem. Convida à regressão pela confiança que inspira. A regressão de um paciente é um retorno organizado à dependência inicial ou dupla dependência. O paciente e o *setting* fundem-se na situação de sucesso original do narcisismo primário;
 O progresso para além do narcisismo primário se inicia de novo, com o *self* verdadeiro capaz de enfrentar situações de fracasso ambiental, sem organizar defesas que envolvam a proteção do *self* verdadeiro por um falso *self*;
 Até este ponto, a doença psicótica só pode ser tratada apenas pelo fornecimento de um ambiente especializado acoplado à regressão do paciente;
 O progresso, a partir da nova posição, tendo o *self* verdadeiro se rendido ao ego total, pode ser agora estudada em termos dos processos complexos do crescimento individual.

Na prática, há uma sequência de eventos:

1. O fornecimento de um *setting* que transmita confiança;
2. Regressão do paciente à dependência, com o devido senso do risco envolvido;
3. A sensação, por parte do paciente, de um novo sentido de *self*, e o *self* até então oculto, rendendo-se ao ego total. Uma nova progressão dos processos individuais que haviam cessado;
4. Um descongelamento de uma situação de fracasso ambiental;
5. A partir de uma nova posição de força do ego, a raiva relacionada ao fracasso ambiental inicial, sentida no presente e expressa;
6. Retorno a regressão à dependência, em um progresso ordenado em direção à independência;
7. Necessidades e desejos instintivos tornando-se realizáveis com uma vitalidade e um vigor genuínos. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 470-471).

A seguir veremos um *setting* que transmita confiança e como Margaret Little regrediu a um estado de dependência.

4.5.1 O fornecimento de um *setting* que transmita confiança

“D. W. me deixou seguir meu próprio ritmo, adaptando-se a ele”.
(LITTLE, 1992, p. 49).

Devido à importância atribuída ao *setting*, Winnicott, evidenciou, especialmente, o analista que dispõe da oportunidade, por intermédio de sua pessoa, de sua percepção e de seu ofício, para fornecer um *setting* que transmita confiança a fim de contribuir com o tratamento de pacientes que utilizam a situação analítica para regredir à dependência.

Isto demanda dispor de um analista confiável que ofereça os cuidados adaptados às necessidades específicas do paciente, da mesma maneira que um ambiente facilitador. No entanto, quando se diz que um analista necessita ser confiável não queremos dizer, por via de regra, que tenha que ser perfeito assim como uma máquina. “A perfeição pertence às máquinas, e as imperfeições próprias da adaptação humana às necessidades constituem uma característica essencial do meio ambiente facilitador” (WINNICOTT, 1968b/1999, p. 146). Os analistas não estão imunes aos erros, em virtude da característica especialmente humana de falibilidade e imperfeição. Porém, quando os analistas estão aptos a perceber e corrigir o erro praticado, resultam mostrando o quanto confiáveis podem ser. Enfim, os analistas, assim como as mães, falham em sua adaptação às necessidades específicas do paciente, apesar disso, desde que sua conduta reflita um aspecto verdadeiro, tal como entusiasmo e dedicação genuínos, este é um profissional no qual o paciente é capaz de confiar. Essa característica humana e não mecânica dos cuidados do analista é indispensável, em vista disso, o propósito em representar todos esses atributos não tem bom resultado.

No que diz respeito a adaptação de Winnicott às necessidades específicas do paciente, Margaret Little, conta que:

D. W. me deixou seguir meu próprio ritmo, adaptando-se a ele. Somente usava pressão quando algumas circunstâncias – geralmente imprevistas e externas – a tornavam necessária. Isso foi muito importante para mim. Permitiu que eu fosse eu mesma, vivesse um ritmo próprio, enquanto anteriormente havia sido alternadamente impulsionada e contida, de modo que nem o ritmo nem as contradições eram meus. (LITTLE, 1992, p. 49).

Condiz enfatizar que aqui o fundamental para o analista é ter disponibilidade autêntica e humana, como também alguma humildade a fim de aprender com o paciente a respeito de suas próprias necessidades, uma vez que, somente o paciente será capaz de manifestá-las. Cito Winnicott:

Embora seja o paciente que está todo o tempo ensinando o analista, este último tem de ser capaz de saber, teoricamente, a respeito dos assuntos que interessam aos aspectos mais profundos ou centrais da personalidade, para que não fracasse em reconhecer e atender as novas exigências impostas à sua compreensão e técnica, e fazer-lhes frente [...]. (WINNICOTT, 1966/1994, p. 134).

Assim sendo, Winnicott, especifica da seguinte maneira a utilização da teoria em seu trabalho clínico: “A única companhia que tenho, ao explorar o território desconhecido de um novo caso, é a teoria que levo comigo *e que se tem tornado parte de mim e em relação à qual sequer tenho que pensar de maneira deliberada*” (WINNICOTT, 1971b, p. 6 apud DIAS, 1999, p. 315. Itálicos no original).

“A palavra-chave aqui é confiabilidade e esta significa, neste primeiro momento, *previsibilidade*” (DIAS, 1999, p. 294. Itálicos no original). De acordo com Dias (1999), a previsibilidade provém como uma mãe-ambiente que “cuida para que o mundo do bebê e ela mesma se mantenham consistentes, regulares, monótonos, em uma palavra, previsíveis” (p. 294).

No *setting* a previsibilidade acontece silenciosamente, é preciso que o analista se revele presente, dia após dia, no horário combinado, vivo e respirando, relativamente com a mesma disponibilidade, sem novidades apavorantes, quer dizer, sem que alguma alteração no ambiente ou no seu estado de ânimo surpreenda o paciente. O que de fundamental o analista pôde proporcionar é “aquilo que silenciosamente permanece e se mantém: um mundo, um lugar confiável e seguro onde o bebê possa crescer” (DIAS, 1999, p. 317). Desta forma, essa experiência é bem-vinda, uma vez que, a previsibilidade é uma característica principal para fornecer um *setting* que transmita confiança.

Assim, a confiança do analista tem de ser mostrada através de cuidados que se encontram em concordância com os cuidados materno no estado natural regredido de preocupação materna primária. Ou seja, neste estado a capacidade aumentada da mãe de identificar-se com o bebê “lhe permite saber, a cada momento, o que o bebê necessita” (DIAS, 1999, p. 313).

Dias (1999) expõe duas particularidades dos cuidados materno, no estágio de dependência absoluta, motivo pelas quais, a mãe suficientemente boa tem de ser o protótipo do analista para o tratamento de seus pacientes.

Como o protótipo do analista, na clínica winnicottiana, é a mãe suficientemente boa, será útil examinarmos o que a faz confiável. A confiabilidade materna, nos estágios de dependência absoluta, está relacionada a dois atributos conjugados da mãe: 1) a

sua capacidade de, identificando-se com o bebê, adaptar-se de modo absoluto às suas necessidades, e 2) a capacidade de permanecer adulta e poder dedicar-se ao bebê. A confiabilidade da mãe depende de que essas duas capacidades operem juntas. (DIAS, 1999, p. 313).

É interessante salientar, nesse ponto, principalmente no âmbito da confiabilidade, no que estas particularidades da mãe suficientemente boa, em outra palavra, confiável, nos auxiliam a compreender a respeito do trabalho do analista na clínica winnicottiana? Dias (1999) responde a esta pergunta: “É muito difícil, sobretudo em pacientes adultos, mantermos firmes a ideia de que há, ali, um bebê a ser cuidado. É verdade que o paciente só é capaz de regredir à dependência porque alguma estrutura de eu permite-lhe tolerar a regressão” (p. 316).

Nesse sentido, pacientes com traumas muito primitivos apenas experienciarão a possibilidade de manifestar suas necessidades se tiverem confiabilidade no analista, e este profissional, por sua vez, mostrar que será capaz de suportar alguns níveis de desenvolvimento bastante primitivos que podem regressar inclusive no nível da dependência absoluta.

E por último, mas não menos importante, Dias (1999, p. 317) esclarece o que é inaceitável, no campo da confiabilidade, trata-se de não trair o pacto silencioso da dependência. Quer dizer, consentimos ao paciente que ele manifeste a sua imaturidade e, repentinamente, “flagramos a dependência ao modo de uma infantilidade a ser superada. Ou, no momento em que o bebê do paciente aparece para mostrar a dor e o medo, falamos com o adulto que ali está a nossa frente, apontando para dados da realidade. O nome disso, para o paciente, é traição”.

4.5.2 Os períodos de regressão à dependência de Little

“No estado mental em que me encontrava, regredida profundamente em todas as sessões e só me restabelecia lentamente”.
(LITTLE, 1992, p. 98).

No trabalho analítico winnicottiano, em concordância com Abram (2000) a regressão à dependência aparece constantemente relacionada a uma revisitação das experiências não verbais precoces, o qual pode, frequentemente apresentar-se associado por vínculo a mecanismos psicóticos. Todavia “essa revisitação ocorre dentro do contexto da relação de transferência, uma vez que o ambiente de *holding* presente no *setting* analítico tenha sido

estabelecido e o paciente seja capaz de depositar confiança no analista” (ABRAM, 2000, p. 205).

É significativo salientar, nesse ponto, particularmente no âmbito da regressão psicanalítica, que dentro do conceito winnicottiano, a regressão não tem correlação com a regressão da libido às fases anteriores do desenvolvimento libidinal. Em vista disso, na psicanálise clássica, a regressão tem inevitavelmente uma característica negativa, uma vez que demonstra as falhas e as dificuldades principais ocorridas durante o desenvolvimento psicosexual infantil do paciente neurótico. Sob essa perspectiva o movimento regressivo da libido desfaz-se ao passo que são resolvidos os conflitos inconscientes que o gerou, conduzindo à cura. Contrapondo a essa ideia Winnicott por regressão entende “regressão à dependência e aos processos de desenvolvimento iniciais” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 396). Ou seja, perante uma provisão ambiental, o paciente regride a um estado de dependência a fim de reviver o trauma da falha ambiental precoce que ocasionou um congelamento da situação. Assim, o autor define o termo regressão:

Para mim, a palavra regressão significa simplesmente o inverso de progresso. Este progresso em si é a evolução do indivíduo, psique-soma, personalidade e mente, com (eventualmente) formação de caráter e socialização. O progresso tem início em uma data certamente anterior ao nascimento. Existe um impulso biológico por trás do progresso. Um dos dogmas da psicanálise é que a saúde implica continuidade com relação a este progresso evolucionário da psique e que a saúde é a maturidade do desenvolvimento emocional, de acordo com a idade do indivíduo, isto é, maturidade com referência a este processo evolucionário. Através de um exame mais cuidadoso, observa-se imediatamente que *não pode haver uma simples inversão do progresso*. Para que este progresso seja invertido, deve haver no indivíduo uma organização que permita a ocorrência da regressão.

Vemos:

Um fracasso de adaptação por parte do meio ambiente que resulta no desenvolvimento de um falso *self*;

Uma crença na possibilidade de correção do fracasso original, representada por uma capacidade latente para regressão, que implica uma complexa organização de ego;

Provisão ambiental especializada, seguida pela regressão real;

Um novo desenvolvimento emocional progressivo. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 462-463. Itálicos no original).

Depois da falha do ambiente imediato do indivíduo em fornecer o que este necessita para o amadurecimento de suas tendências inatas, Winnicott propõe um *setting* que torne possível a regressão à dependência a fim de possibilitar “o resgate de falhas originais e oferecer uma esperança” (HISADA, 2001, p. 121) ao paciente, uma vez que somente por meio de um ambiente favorável que este retoma seu amadurecimento emocional. Cito Winnicott:

A regressão representa a esperança do indivíduo psicótico de que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos, com o ambiente desta vez tendo êxito, ao invés de falhar na sua função de oferecer a tendência herdada do indivíduo de se desenvolver e amadurecer. (WINNICOTT, 1959-1964/1983, p. 117).

No *setting* winnicottiano, neste ambiente adaptado, a regressão é “parte de um processo de cura” (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 464). Isso em razão de que as falhas ambientais na época em que o ego ainda está a caminho de constituir-se, ou melhor, na medida em que o bebê não se encontra integrado o suficiente para poder defender-se delas, essas experiências produzem “fases de reação à invasão e estas reações interrompem o continuar a ser do bebê” (WINNICOTT, 1956b/1993, p. 496). O falso *self* seria uma integração defensiva erguida para proteger o *self* verdadeiro contra novas possíveis falhas ambientais nos momentos dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional.

A maneira de lidar com as falhas ambientais precoces, em 1954, Winnicott denominou de congelamento da situação de fracasso. Para o autor é normal e até mesmo saudável que o indivíduo possa defender seu *self* verdadeiro. Sigamos as explicações do autor:

Deve-se sempre incluir em uma teoria do desenvolvimento de um ser humano a ideia de que é normal e saudável para o indivíduo ser capaz de defender seu *self* contra o fracasso ambiental específico através de um *congelamento da situação de fracasso*. Ao mesmo tempo, há uma assunção inconsciente (que pode se tornar uma esperança consciente) de que mais tarde surgirá a oportunidade de uma experiência renovada na qual a situação de fracasso poderá ser delegada e reexperimentada, estando o indivíduo em um estado regredido e em um meio ambiente que esteja fazendo a adaptação adequada. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 463-464. Itálicos no original).

Compreende-se, dessa forma, a partir da citação de Winnicott (1954-5/1993), que esse conceito winnicottiano de regressão, como regressão à dependência, denota que não se pode dispensar a técnica modificada, resultando ao analista pôr em prática a provisão ambiental adaptada que, no momento dos primórdios da vida, não aconteceu. Assim, por meio da regressão à dependência o paciente pode retornar à situação de fracasso ambiental e ter uma nova oportunidade de viver a dependência experimentando uma provisão ambiental adaptada.

Convém especificar que, aqui a necessidade de regredir determina-se não só pela necessidade de ter uma nova oportunidade de viver a dependência, mas também pela necessidade de experienciar o colapso. Porém “o medo que o paciente tem ao colapso se origina na necessidade do paciente de lembrar o colapso original” (WINNICOTT, 1959-1964/1983, p. 127). No entanto, o temido colapso já aconteceu, isto é, o colapso original

ocorreu próximo do início da vida, em um estágio de dependência, no decorrer do amadurecimento emocional do paciente. A esse respeito, Winnicott nos esclarece que:

A única maneira de “lembrar”, neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e do agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez. (WINNICOTT, 1963a/1994, p. 74).

A tendência à regressão no *setting* “em pacientes é então vista como parte da capacidade do indivíduo de se curar. Dá a indicação do paciente ao analista de como este deve se comportar mais do que como ele deve interpretar” (WINNICOTT, 1959-1964/1983, p. 117). De fato, o analista que está preparado para se comportar adaptativamente, pode ser orientado pelas necessidades específicas que emergem do próprio paciente.

Portanto, as necessidades específicas que emergem do próprio paciente poderão ser variadas conforme acontece a regressão “durante o processo de análise – seja ela uma regressão curta, episódica ou longa, duradoura – algo a ser sempre esperado” (NAFFAH NETO, 2003/2017, p. 230). Assim, nesses períodos regressivos a adaptação ambiental se torna algo que não pode ser ignorado quando falamos de regressão. Em relação a isso, Winnicott nos explica que:

Neste caso, quando falamos de regressão, imediatamente falamos de adaptação ambiental com seus sucessos e fracassos. Uma das coisas que quero deixar especialmente clara é que nossa maneira de encarar este assunto tem se mostrado falha devido à tentativa de traçar as origens do ego sem desenvolver, à medida que avançamos, um interesse maior pelo meio ambiente. Podemos construir teorias do desenvolvimento dos instintos, concordando em deixar de lado o meio ambiente, mas não é possível fazer isto no que diz respeito à formulação do desenvolvimento do ego inicial. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 466).

Desse modo, aparece, no *setting* winnicottiano uma questão mais pontualmente organizada quanto ao uso do divã e ao papel que exerce nos períodos regressivos. Sobre essa questão, Winnicott nos diz:

O divã e as almofadas estão lá para serem usadas pelo paciente. Aparecerão em ideias e sonhos, representando o corpo, o peito, os braços, as mãos etc. do analista de maneiras infinitamente variadas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento, por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã é o analista, as almofadas são seios, o analista é a mãe em uma certa época passada. (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 472).

Considera-se por via de regra que existe um certo perigo na regressão do paciente no decorrer do tratamento psicanalítico. Entretanto, como nos explica Winnicott (1954/2000), “o

perigo não tem origem na própria regressão, mas no fato de o analista não estar pronto para acolhê-la, bem como à dependência que dela faz parte” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 354).

Margaret Little, retrata a dimensão dessa situação de perigo:

Como o paciente não é uma criança, reage aos fracassos de um modo adulto, com um corpo adulto, e aí reside o perigo. Para o analisando, há risco de fracasso se as suas necessidades não forem supridas, de reconstruir defesas, passar rapidamente para a doença ou a sanidade; ou do suicídio, o que deve ter liberdade para escolher, se desejar, destruindo assim a análise. Para o analista, há sério risco de ser atacado, quando a raiva despertada pelo trauma original é liberada, ou quando a tensão diminui e ele comete um erro do qual não pode tirar partido. É uma questão de vida ou morte, somática ou psíquica. (LITTLE, 1992, p. 89. Itálicos no original).

Em sua narrativa, Little (1992), nos descreve uma situação de perigo e o manejo como ego-auxiliar da analisanda, quando Winnicott achava que era necessário à sua segurança:

Em certa época eu era capaz de sair correndo furiosa da sala e ir embora dirigindo perigosamente. Ele guardava as chaves do meu carro até o final da sessão e depois deixava eu deitar sozinha e tranquila em outra sala, até poder estar livre de perigo. Ele enfatizava a necessidade de “voltar” (...) da regressão profunda para a vida comum, porque “regressão para a dependência” significa regressão para a dependência para a própria vida – ao nível da infância, e às vezes até mesmo da vida pré-natal. (LITTLE, 1992, p. 47. Itálicos no original).

Ao longo do tratamento psicanalítico Little toma consciência cujo momento de regressão total na análise não se resumia apenas nela, mas a maior parte dependia de se Winnicott estava sobrecarregado. De acordo com a analisanda o analista dizia que por vezes os pacientes “tinham de “ficar na fila” para entrar nesse estado, um esperando até o outro ter superado os obstáculos e não precisar mais dele para isso. Mas a escolha do momento era minha, na medida em que não podia haver regressão antes de eu estar pronta” (LITTLE, 1992, p. 49).

Naffah Neto (2008), comenta a respeito das condições criadas por Winnicott a fim de que o falso *self* de Little fosse se tornando desnecessário como defesa:

Durante o transcorrer das sessões, mantinha o silêncio e a quietude imprescindíveis ao recolhimento esquizoide da paciente, criando assim condições para que o falso *self* dela fosse se tornando desnecessário como defesa e pudesse ir baixando suas guardas, para que pudesse emergir, gradativamente, o seu gesto espontâneo. (NAFFAH NETO, 2008, p. 116).

O autor prossegue, ainda esclarecendo um momento relevante da análise em que Little enfrentou sua mãe. Mas no decorrer de suas férias no extremo norte da Escócia, no campo, quebrou o tornozelo:

Um momento importante da análise foi quando Little, pela primeira vez, pôde enfrentar sua mãe diretamente, dizendo-lhe tudo o que tivera vontade durante toda a vida e nunca tivera coragem. Mas logo em seguida, sentindo-se inconscientemente culpada, quebrou o tornozelo, durante uma viagem de férias. Eram seus impulsos agressivos/destrutivos, que fizeram a sua aparição de forma descontrolada, já que, até então tinham tido uma existência marginal na sua vida. (NAFFAH NETO, 2008, p. 116-117).

Após esse momento relevante da análise o período mais longo de regressão à dependência foi sendo sinalizado. Little nos relata: “No estado mental em que me encontrava, regredida profundamente em todas as sessões e só me restabelecia lentamente” (LITTLE, 1992, p. 98). Efetivamente durante o processo de análise de Little um dos períodos mais longos no qual ocorreu a regressão à dependência foi em torno de cinco semanas. Nesse ínterim, devido as férias de Winnicott, ele propôs a analisanda que ficasse internada em um hospital, como uma paciente voluntária e sob sua supervisão, a internação deu-se por acordo bilateral entre ela e Winnicott. Neste acordo, Little estabeleceu que não levaria tratamento com eletrochoques, que poderia se desinternar se e quando resolvesse e que o analista a levaria e a traria de volta. E, evidentemente, que sempre manteriam contato.

4.6 O *setting* estendido

“Não conseguia ir me encontrar com D. W. para as minhas sessões. Ele foi à minha casa [...]”
(LITTLE, 1992, p. 54).

“No hospital, os cuidados eram totais [...]”
(LITTLE, 1992, p. 61).

Em suas perspectivas psicanalíticas, Winnicott, colocou ênfase, especialmente no modo de proceder do analista e sua aptidão para fornecer e manter um *setting* que ofereça cuidados adaptados às necessidades específicas do paciente. É fundamental ponderar, uma vez que tendo em consideração que a problemática central é a psicose, não é atípico que um paciente precise de cuidados ou suporte, em certas ocasiões fora do *setting*, podendo estes caracterizarem-se como um elemento complementar ao trabalho analítico. As ocasiões em que um paciente precise de cuidados ou suporte, podem ser variadas, como por exemplo: por doenças físicas ou até mesmo por outros impedimentos que o paciente fique incapacitado de se locomover até o consultório do analista; em períodos mais longos de regressão à dependência ou em períodos quando chegam a estabelecer-se como o elemento de grande

importância para o tratamento. Assim, “o trabalho terapêutico na análise se liga àquele feito pelo cuidado infantil, pela amizade, pela fruição da poesia e atividades culturais em geral” (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 480). Em relação a isso, Winnicott nos explica que:

Vemos que tais condições podem ser encontradas fora da psicoterapia organizada, por exemplo, nas amizades, nos cuidados de enfermagem que podem ocorrer por motivos de doenças físicas; e em experiências culturais, inclusive as assim chamadas religiosas. Uma família que continua a cuidar de uma criança fornece oportunidades para a regressão a uma dependência até mesmo muito intensa. Realmente, uma característica constante de uma vida familiar que esteja bem adaptada ao meio social é que essa oportunidade seja continuamente oferecida, com o intuito de restabelecer e enfatizar elementos do cuidado que inicialmente pertencem ao cuidado infantil. Vocês concordarão comigo que algumas crianças apreciam suas famílias e sua crescente independência, enquanto outras continuam a usar famílias de modo psicoterapêutico. (WINNICOTT, 1961c/1996, p. 83).

O *setting* proposto por Winnicott, aqui ganha um sentido estendido. Em outras palavras, o sugerido consiste em fazer uso de outros ambientes como extensão do cuidado ou suporte. Desta maneira, o psicanalista afirma: “No caso de paciente esquizóide ou *borderline*, este tema de como manejamos os contatos extra transferenciais se torna muito uma parte de nosso trabalho com o paciente” (WINNICOTT, 1963c/1983, p. 172).

Considerando todo o acima exposto, percebemos que está relacionado ao fato de que existem pacientes como no quadro clínico de Margaret Little em que necessitavam de cuidados adaptados às necessidades específicas, além dos limites do *setting*. Podemos entender como manejos em que Winnicott se mostrou ousado e criativo estendendo o *setting* para além do consultório. Ao longo do trabalho analítico winnicottiano realizado com Little em certas ocasiões, estes manejos do analista fora do âmbito do *setting* psicanalítico de fato foram necessários. Conheceremos então, as ocasiões em que o *setting* foi estendido.

Logo no início da análise com Winnicott, após uma crise aguda de gastroenterite (num momento posterior reconhecida como uma crise de doença celíaca), Little continuava a se sentir doente, exausta fisicamente e deprimida. Desta forma, não conseguia comparecer nas sessões agendadas com Winnicott. Quanto a isso, a analisanda nos informa que:

Não conseguia ir me encontrar com D. W. para as minhas sessões. Ele foi à minha casa – cinco, seis e às vezes sete dias por semana, durante cerca de três meses. Cada sessão durava noventa minutos. Em quase todas, eu simplesmente ficava deitada chorando, amparada por ele. D. W. não me pressionou, ouviu minhas queixas, demonstrou que reconhecia o meu sofrimento e podia suportá-lo. Quando me recuperei fisicamente, a depressão desapareceu, pouco a pouco e pude voltar a trabalhar. (LITTLE, 1992, p. 54).

Cabe assinalar que, ir atendê-la em casa na doença, ou seja, o modo de proceder de Winnicott saindo do consultório, deslocando-se até a casa da paciente, a fim de realizar as sessões, com duração de noventa minutos cada sessão, com a frequência de cinco, seis e às vezes sete dias por semana, ao longo de três meses foi um grande diferencial. Nestas circunstâncias, a própria analisanda nos relatou que se sentia amparada, ouvida, tendo seu sofrimento reconhecido e suportado pelo analista.

Naffah Neto nos explica que “realizar as sessões na casa do paciente, quando este, por doença – ou outros impedimentos – torna-se incapaz de se locomover até o consultório do psicanalista” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020). Diz respeito a um manejo como ego-auxiliar do paciente. Nestas circunstâncias, “Winnicott atendeu Little na casa da paciente, durante um longo tempo, quando ela teve uma crise de gastroenterite e não conseguia se locomover” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020).

O autor prossegue, ainda, esclarecendo que Winnicott fez uso de manejos do ambiente da paciente. A esse respeito, Naffah Neto escreve:

Little relata que, nos feriados ou férias, quando Winnicott estava ausente e percebia que ela necessitaria de um suporte extra, devido à sua ausência, ele combinava, sem ela saber, com algumas de suas amigas para irem encontrá-la e lhe fazerem companhia. E quando intuía que ela poderia se matar, durante a sua ausência, providenciava, em acordo com a paciente, uma hospitalização, da qual cuidava nos mínimos detalhes, já que era psiquiatra e tinha acesso aos hospitais e médicos responsáveis. (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020).

Nestas circunstâncias, Winnicott, ocasionalmente, delegava o *holding*²⁰. Dito de outro modo, quando o paciente está no *setting* é oferecido sustentação da situação analítica e no *setting* estendido a proposta equivale criar sustentação do ambiente externo. Assim, o analista buscava egos-auxiliares no papel de substituí-lo em momentos de férias e descanso. Little, retrata a importância dessa experiência:

Durante uma de suas férias, ele entrou em entendimento com uma amiga minha, sem que eu soubesse, para que ela me convidasse para ir me encontrar com ela e duas outras amigas na Suíça: mais tarde, quando ele teve medo que eu me matasse enquanto estava fora, tomou providências para minha hospitalização. (LITTLE, 1992, p. 47).

De acordo com Naffah Neto (2008), “foi nesse ambiente hospitalar protegido, no qual permaneceu internada por cinco semanas, que Little pôde viver a sua regressão mais profunda” (p. 117).

²⁰ O conceito de *holding* proposto por Winnicott está apresentado na seção 4.4 deste capítulo.

No início, Little nos descreve que sentiu-se protegida, porém após alguns dias, infeliz e abandonada, confusa e levemente desorientada. Ao longo de dez dias permaneceu em seu quarto, chorosa e com medo. Contudo, para sua surpresa, começou a escrever poesia e também anotações a respeito de sua hospitalização.

No entanto, como nos explica Naffah Neto (2008), “uma internação hospitalar, por mais especial e controlada, dificilmente transcorre sem problemas” (p. 117). Portanto, em uma manhã na qual Little pediu para ficar sozinha e não ser perturbada. “Pedido fundamental para poder baixar as defesas esquizóides e deixar emergir seu gesto espontâneo, mas muito dificilmente compreendido e atendido na rotina de um hospital” (NAFFAH NETO, 2008, p. 117). O pedido gerou uma circunstância que resultou em uma enorme confusão. À vista disso, a confusão pode ser reconhecida na citação que se segue:

Eles prometeram atender meu pedido. Mas entraram em meu quarto nada menos do que oito pessoas, uma após a outra. Quando a oitava, uma empregada da enfermagem, estava no chão ao lado da minha cama, dei uma palmada no seu traseiro. Imediatamente o supervisor substituo veio. Senti que ele me ameaçava; havia “outros modos de tratar a doença mental além da análise, que às vezes eram necessários”. Lembrei-lhe a proibição do tratamento eletroconvulsivo. Ao entardecer, estava morta de raiva. Atirei para longe a minha bandeja com o jantar, a luminária para leitura e tudo que pude encontrar no quarto, numa orgia de destruição. (LITTLE, 1992, p. 60-61).

Little foi contida e levada para um quarto de isolamento, onde passou a noite. Ao longo de toda a noite ficou paranoica vendo enfermeiras, que tinham a aparência de “demônios”. No íntimo dessa ocasião, contou com o auxílio de dois objetos transicionais²¹: um lenço, o qual Winnicott havia lhe dado e um cachecol de lã azul, do qual gostava muito.

No dia seguinte, foi “banhada, alimentada e tratada como uma criança” (LITTLE, 1992, p. 61), em seguida foi colocada novamente no quarto, onde permaneceu no decorrer de toda sua hospitalização. Devido ao período de regressão à dependência a condição psíquica naquele momento de Little era de uma criança, apesar de já ter 52 anos. Nesse sentido, no que concerne a esse período, Little nos descreve:

Em minhas sessões com D. W., fora tratada “de modo especial”, como uma criança; ele próprio sempre abria a porta para mim, todas as sessões terminavam com café e biscoitos, ele fazia com que eu me sentisse quente e confortável, fornecia lenços de papel etc. Mas lá estava a total “regressão para a dependência”, uma extensão do que D. W. havia me proporcionado. (LITTLE, 1992, p. 61).

²¹ “Os objetos e fenômenos transicionais pertencem ao reino da ilusão, o qual está localizado na base dos primórdios da experiência. Esse estágio inicial no desenvolvimento deve sua existência à capacidade especial da mãe de adaptar-se às necessidades de seu bebê, permitindo-lhe a ilusão de que o que ele cria realmente existe” (WINNICOTT, 1951/2000, p. 331).

Esclarecido isso, ou melhor, apresentando uma compreensão para o que começou com um pedido de Little e que gerou uma circunstância que resultou em uma enorme confusão, Naffah Neto (2008), prossegue explicando que “muito provavelmente, por exigência de Winnicott, que controlava tudo à distância, o hospital, a partir daí, passou a interferir minimamente; proporcionava todo o necessário à sua permanência, sem nenhuma exigência” (p. 117). Assim, Little nos descreve como eram seus dias:

No hospital, os cuidados eram totais e a interferência mínima; tudo era fornecido e nada era exigido. Eu passava o tempo dormindo, lendo, escrevendo e pintando, às vezes nas paredes do meu quarto; na verdade, brincando. Perambulava pelo jardim e pelas ruas; quando chovia, uma enfermeira ia me buscar com guarda-chuva e capa impermeável. Quando os meus pés estavam empolados a Irmã tratava deles e me dizia: “Você devia ter telefonado pedindo que fossem buscá-la com um guarda-chuva. (LITTLE, 1992, p. 61).

Na pintura, Little utilizava forças destrutivas e construtivas na atividade criativa. A cito: “Não se pode pintar um quadro sem destruir uma tela branca e tubos de tinta (...)” (LITTLE, 1992, p. 61). Em relação a atividade criativa de Little, Naffah Neto nos esclarece:

Essa foi uma das atividades importantes que auxiliaram no processo de apropriação gradativa, pelo seu *self*, dos impulsos eróticos-destrutivos, antes cindidos. Nesse contexto, o quarto hospitalar funcionava como uma extensão da sala de análise de Winnicott e, via transferência, tornara-se seu “quarto de criança”. (NAFFAH NETO, 2008, p. 118).

Cabe assinalar aqui o ponto de vista de Little a respeito de sua estada no hospital. Acompanhemos suas palavras: “Apesar de não gostar de muitas coisas no hospital, em geral ele era agradável e acolhedor, às vezes até mesmo divertido” (LITTLE, 1992, p. 61). E relata-nos uma situação engraçada em que havia pintado um quadro no qual tinha uma paisagem marítima com monstro marinho, a pintura despertou a atenção do terapeuta ocupacional. Logo após um comentário de Little dizendo-lhe: “Uma bela peça de arte esquizofrênica, não é?” (LITTLE, 1992, p. 61). O profissional saiu do quarto e, logo em seguida uma Irmã entrou questionando: “O que você fez para o pobre Mr. Y? Ele parece ter o diabo atrás dele?” (LITTLE, 1992, p. 61). E as duas riram muito.

É relevante evidenciar, nesse ponto, especialmente no âmbito da pintura, que essa atividade criativa se manifestou nesse período mais longo de regressão à dependência, e prolongou-se ao longo de vida. Desta forma, Little tornou-se uma profissional, realizando exposições esporádicas e comercializando seus quadros.

Depois de certo tempo de internação, começou a se sentir deprimida, certo dia, ao enxergar uma corda no jardim, pensou em suicídio. Contudo, afastou a ideia no mesmo instante, visto que não seria um desfecho verdadeiro. Em momentos posteriores, a esse episódio, nunca mais pensou em tirar a própria vida e, gradualmente, foi saindo deste período de regressão à dependência sentido à desinternação e à vida normal. Assim, quinze dias após sair do hospital, retornou ao trabalho e sentia que sua análise com Winnicott estava se aproximando do fim.

4.7 A fase final do primeiro período de análise com Winnicott

“[...] eu tinha sido psicologicamente aniquilada, mas tinha sobrevivido corporalmente e estava agora revivendo a experiência passada”.
(LITTLE, 1992, p. 62).

Neste momento, após sair do hospital sua análise reiniciou com diálogos a respeito dos poemas e pinturas as quais realizou no período mais longo de regressão à dependência. Segundo Naffah Neto (2008), “nessa época, ela já conseguira certa autonomia de Winnicott, posto que os comentários dele sobre suas criações não a afetavam de forma contundente” (p. 118). As reações de Little podem ser vistas na citação que segue: “Eu percebi, que ele não gostar de um quadro não significava que eu deveria destruí-lo. Ele tinha um valor simplesmente como uma criação, tanto para ele quanto para mim” (LITTLE, 1992, p. 62).

Little reflete a respeito da necessidade de sua internação hospitalar, que aconteceu no momento em que Winnicott precisava descansar em suas férias, devido a uma doença cardíaca, a importância desta internação para o percurso de cura analítica, então, conclui:

A análise era um pouco crítica, literalmente uma questão de vida ou morte, tanto para mim como para D. W. Naquela época, se ele não sobrevivesse, eu também não sobreviveria, pelo menos fisicamente. Nesse sentido éramos tão inseparáveis quanto um bebê e a sua mãe. (LITTLE, 1992, p. 99).

E quanto ao seu processo regressivo do período de internação hospitalar, diz ela:

Foi-me permitido viver uma infância e uma meninice próprias, o que era distinto de viver e reviver as da minha mãe, para ela. Tendo podido atingir os níveis mais primitivos da, assim algumas vezes denominada, “posição esquizo-paranoide”, num ambiente consistentemente controlado, seguro, não retaliatório e razoável, pude chegar a um novo ponto de começo, do qual pude me desenvolver para o “estágio de

concernimento²² e, posteriormente, para a situação edipiana – eventualmente para a minha maturidade cronológica. Minhas áreas psicóticas e não psicóticas foram firmemente unidas conjuntamente. (LITTLE, 1992, p. 100).

Nesta fase final do primeiro período de análise envolveu uma outra dinâmica. Little recebeu uma interpretação. O que ao longo de todo o processo de analítico aconteceu muito pouco, Winnicott, fez poucas interpretações e, quando isso acontecia eram interpretações “somente aquelas relacionadas a assuntos que já poderiam se tornar conscientes” (NAFFAH NETO, 2008, p. 116). E uma característica importante se concentra nas formulações constantemente realizadas por aproximação, como por exemplo: “Eu acho que talvez ...”, “Será que ...”, ou “Parece que ...” (LITTLE, 2008, p. 49). E nesta fase da análise o analista fez uma interpretação que a analisanda nomeou de “revelação” (LITTLE, 1992, p. 62). Segundo Little, o analista havia dito que o medo que ela sentia de ser aniquilada pertencia ao passado: “eu tinha sido psiquicamente aniquilada, mas tinha sobrevivido corporalmente e estava agora revivendo a experiência passada” (LITTLE, 1992, p. 62). Referente a isto Naffah Neto, nos explica que “situar o paciente no tempo, quando este se encontra confuso, em função de estar experimentando, no presente, estados que originalmente, aconteceram no passado” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020). Diz respeito a um manejo como ego-auxiliar do paciente.

No que se refere a este momento da fase final do primeiro período de análise, Little nos descreve o caráter das sessões:

A essa altura, o caráter das sessões havia mudado muito, porque tanta dor, sofrimento e raiva tinham sido superados através dessa brincadeira, a base da criatividade (...) pôde substituí-los e o relacionamento surgido anos antes pôde se desenvolver. (...) D. W. tinha total consciência de que a análise só podia dar certo para alguém que realmente sofria, ele acreditava no valor de um relacionamento capaz também de ser estimulante e agradável. Muitas das brincadeiras através das quais me fortaleci fisicamente *podiam* ter sido como as de minha mãe: piadas, histórias e disparates, (...) um pouco de conversa fiada, informação e discussão séria sobre a análise. Mas essas coisas não foram usadas como defesa contra a ansiedade, para repetir a raiva ou a excitação, ou evitar o sofrimento e a infelicidade fazendo-me rir. Elas não me foram impostas, podia tê-las ou não, se *eu* quisesse. O importante era ser *humano*, e a brincadeira era uma parte essencial da vida humana em qualquer idade. (LITTLE, 1992, p. 64. Itálicos no original).

Assim, aconteceu a terceira análise de Little com duração de seis anos, sendo esta primeira etapa, dedicada à saída da psicose, o termino ocorreu no verão de 1955. O segundo período iniciado dois anos após o termino do primeiro, teve duração de em torno de dezoito

²² Na teoria do amadurecimento emocional o estágio do concernimento ou posição depressiva está incluído no estágio de dependência relativa. Quando há uma recém integração do “eu” e este “eu” incipiente, que se iniciou precisa de um maior apoio para a junção em si do amor e do ódio. (DIAS, 2003).

meses, com frequência de uma sessão por semana, dedicada à elaboração do complexo de Édipo.

Para Naffah Neto (2008), ao refletir a respeito da obra de Winnicott e, especialmente, o caso Margaret Little, o autor conclui que o psicanalista foi um desbravador ousado e determinado: “desmontar a técnica clássica e colocá-la em experimentação, buscando novas soluções para o tratamento de *borderlines* e psicóticos: implicou a coragem de trilhar caminhos desconhecidos, sabendo que a própria vida dos pacientes estaria em jogo” (p. 119).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema deste estudo versou, situado no campo do projeto winnicottiano e, assim consistiu em conhecer melhor alguns recursos que compõem as modificações do *setting* proposto por Winnicott, aqueles que se distinguem no limite da análise padrão.

Para tanto apresentei um estudo de caso de caso clínico da paciente Margaret Little, analisanda de Donald Winnicott em dois períodos em 1949 - 1955 e 1957. Interessei-me pelo primeiro período de análise em que os recursos utilizados, no *setting* proposto por Winnicott, se distinguem no limite da análise padrão que, ao longo do primeiro período da análise vieram a se revelar como de valor no âmbito do tratamento ampliando os recursos psicanalíticos por territórios até então pouco explorados.

Ao longo deste estudo o leitor poderia ter se perguntado: Dentre outros casos clínicos possíveis, inclusive casos clínicos de pacientes que tive a oportunidade de atender em processo terapêutico, por que justamente a paciente Margaret Little, analisanda de Donald Winnicott?

O registro da história das três experiências analíticas de Margaret Little tornou-se relevante e muito especial, como se fossem os dois lados da mesma moeda. De um lado o ponto de vista da analisanda, este é, sem dúvida, um vértice muito interessante, é um relato emocionante, corajoso e sincero de sua análise pessoal com Winnicott e outras duas análises malsucedidas. E do outro lado o ponto de vista da analista, já que a Dr^a. Margaret Little foi exímia psicanalista da Sociedade Britânica de Psicanálise, seu relato traça comparações com análises que havia realizado anteriormente, também através de seu relato foi possível conhecer o modo de trabalhar destes analistas e, especialmente no decorrer do livro Little (1992) nos apresenta teoria, como por exemplo, quando escreveu a respeito da psicose de transferência na psicanálise freudiana, esta citação foi descrita neste estudo no capítulo de sua análise com a Dr^a. Ella Freeman Sharpe, uma analista freudiana clássica, membro da Sociedade de Psicanálise, com a qual realizou psicoterapia por sete anos.

Os relatos das experiências analíticas de Margaret Little a respeito dos diferentes momentos destas análises, abordando sempre as questões derivadas entre os vértices de analista e analisando, me pareceram uma oportunidade ímpar para conhecer melhor alguns recursos que compõem as modificações do *setting* proposto por Winnicott.

Para a realização deste estudo, optei por apresentar o material clínico de Margaret Little e as correlações com desenvolvimentos teóricos, conforme o trecho do material clínico

que estava sendo apresentado. Diante disso, não tive a pretensão de esgotar a temática estudada, mas sim de estimular novos estudos e possíveis convites a indagações.

Através de sua experiência na prática clínica psicanalítica, Winnicott, constatou que para “pacientes de certa categoria de classificação” (WINNICOTT, 1968c/1994, p. 171), como por exemplo, de tipo psicótica *borderline*, como foi Margaret Little, o *setting* clássico não era utilizável.

No relato da análise de Little (1992), tal qual ela a descreveu, nos apresentou e também esclareceu muito em relação a modificações no *setting* realizadas por Winnicott, visando o atendimento de pacientes que tiveram seu amadurecimento emocional interrompido, diante de falhas ambientais traumáticas, apresentando-se com egos fragilizados.

Cabe assinalar que, na análise de Little aconteceram “manejos nos quais Winnicott se revelou ousado, criativo e de grande competência terapêutica” (NAFFAH NETO, 2008, p. 115).

No conceito psicanalítico winnicottiano expomos um tipo de “transferência denominada pela necessidade do paciente de regredir à dependência” (WINNICOTT, 1960c/1983, p. 150), uma vez que, nos casos de pacientes psicóticos e *borderlines* esta modalidade de transferência emerge. Como vimos, Little (1992) estabeleceu com Winnicott esta psicose de transferência nos períodos de regressão à dependência pelos quais passou, ela descreve: “Para mim, D. W. não representava minha mãe. Na minha ilusão transferencial, ele era minha mãe [...]” (LITTLE, 1992, p. 95).

Nesta circunstância, não há necessidade de interpretar, mas sim de sustentar. O paciente necessita somente “de sustentação transferencial, para que possa reviver a situação traumatogênica diante de um ambiente mais acolhedor e assim retomar experiências que, na história real, não puderam se realizar ou ficaram truncadas” (NAFFAH NETO, 2010b/2017, p. 260-261).

No *setting* winnicottiano, “o contexto torna-se mais importante que a interpretação” (WINNICOTT, 1955-6/2000, p. 395). De acordo com, o explanado anteriormente, neste estudo, “a interpretação não constitui a ferramenta psicanalítica-mor e, sim a criação de um ambiente terapêutico de confiança que abra caminho para regressões aos estágios de dependência, por meio da transferência” ((NAFFAH NETO, 2007/2017, p. 160). Logo, concordamos com o autor, aqui “não cabe mais a atenção flutuante do analista, como ferramenta clínica, e muito menos se esperar por associações livres de um paciente em tais condições. Já não estamos mais na técnica psicanalítica padrão, mas na técnica modificada” (NAFFAH NETO, 2010b/2017, p. 261).

Recordamos o grau de regressão pelo qual Little passou e o ambiente de *holding* presente e estabelecido no *setting* winnicottiano. Ela descreve: “Literalmente, durante intermináveis horas ele segurou as minhas duas mãos apertadas entre as dele, quase como um cordão umbilical [...]” (LITTLE, 1992, p. 46). Este foi um exemplo de situação analítica em que pudemos perceber um dos manejos em que Winnicott se mostrou com grande competência terapêutica fazendo o *holding* se estender ao contato corporal de suas mãos com as mãos da paciente, deste modo, oferecendo *holding* a analisanda em períodos de grande terror. Este é um outro ponto que se distingue da análise padrão, Winnicott, com o manejo do *holding* corporal não infringiu a regra freudiana de abstinência, uma vez que, não gratificou eroticamente a paciente segurando as suas mãos no primeiro período de análise.

No *setting* proposto por Winnicott um ponto relevante é a confiabilidade ambiental em relação ao analista. Um analista confiável oferece cuidados adaptados às necessidades específicas do paciente, da mesma maneira que um ambiente facilitador, a fim de contribuir com o tratamento e possibilitando a regressão à dependência. No que diz respeito a adaptação de Winnicott às necessidades específicas de Little, ela diz: “D. W. me deixou seguir meu próprio ritmo, adaptando-se a ele” (LITTLE, 1992, p. 49).

Como exposto a regressão à dependência, ao longo do trabalho analítico, compõe um processo essencial, para o analista, em razão de pacientes de tipo psicótica *borderline*, como foi Margaret Little, “com defesas erigidas contra falhas ambientais traumáticas precoces muitas vezes envolvendo a constituição de um falso *self* para proteger o *self* verdadeiro – terão nesse processo sua única chance de reverter esse estado de coisas” (NAFFAH NETO, 2003/2017, p. 228).

É relevante o último ponto no *setting* proposto por Winnicott, que aqui ganha um sentido estendido. Em outras palavras, o proposto consiste em fazer uso de outros ambientes como extensão do cuidado ou suporte, desta forma, Winnicott estendeu o *setting* para além do consultório.

Como exposto, Winnicott, ocasionalmente delegava o *holding*, buscando egos-auxiliares no papel de substituí-lo em momentos de férias e descanso. Uma ocasião em que isto aconteceu foi quando o analista intuiu que Little (1992) poderia se matar durante a sua ausência, então o analista providenciou, “em acordo com a paciente, uma hospitalização, da qual cuidava nos mínimos detalhes, já que era psiquiatra e tinha acesso aos hospitais e médicos responsáveis” (NAFFAH NETO; CINTRA; DEUS, 2020).

Neste *setting* estendido em que a proposta equivale criar um ambiente estendido do cuidado ou suporte, foi no “ambiente hospitalar protegido, no qual permaneceu internada por

cinco semanas, que Little pôde viver a sua regressão mais profunda” (NAFFAH NETO, 2008, p. 117).

É imprescindível ressaltar, nesse ponto, especialmente no âmbito do objetivo deste estudo, que consiste em conhecer melhor alguns recursos que compõem as modificações do *setting* proposto por Winnicott, aqueles que se distinguem no limite da análise padrão que, ao longo da análise do caso Margaret Little, vieram a se revelar como de valor no âmbito do tratamento e ampliando os recursos psicanalíticos por territórios até então pouco explorados. Penso então que, temos o nosso objetivo de pesquisa alcançado, uma vez que no processo analítico de Little com Winnicott, a fim de produzir transformações e facilitar as mudanças psíquicas, “no primeiro período de análise, dedicado à saída da psicose, o *holding* e a regressão foram os principais recursos utilizados” (NAFFAH NETO, 2003/2017, p. 233).

O projeto winnicottiano propõe um *setting* que proporciona o *holding* analítico e neste ambiente é oferecida sustentação da situação analítica, podendo o paciente dentro do processo de regressão regredir a fases de dependência absoluta, isto é, no momento em que o amadurecimento maturacional foi interrompido devido à falha ambiental, assim, se pode propiciar o descongelamento de situações traumáticas e, oferecer ao paciente a possibilidade que permita seu amadurecimento emocional podendo este reassumir, em primeira pessoa, a construção da sua história de vida. Isso porque, por ocasião da sua história real, era um bebê sofrendo passivamente as falhas ambientais e tendo de criar defesas psíquicas frente a elas.

Concordamos, que “o *setting* o qual trabalhamos é, na terapia compartilhada” (HISADA, 2001, p. 123). E neste trabalho terapêutico, experiências não vividas na infância, devido a falhas ambientais traumáticas, são vividas pela primeira vez, permitindo a facilitação para que agora aconteça o que precisava ter acontecido, mas não aconteceu. Assim, não apenas ressignifica o vivido, mas proporciona a experiência do não vivido, já que certos conteúdos não vividos na infância, devido a uma falha ambiental traumática, são vividos pela primeira vez no *setting* durante o processo psicanalítico.

Realizar este estudo me oportunizou uma melhor compreensão a respeito da prática clínica no *setting* winnicottiano e a partir de um olhar cuidadoso sobre o trabalho de Winnicott, uma constatação de um grau de coerência entre a teoria winnicottiana e a prática clínica de Winnicott. Finalizo com Winnicott, que muito contribui no processo de compreender a natureza humana e suas necessidades primitivas de cuidados, no que se refere ao trabalho do analista na clínica: “Para que seja feito algum trabalho, é necessário que *uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento exista no analista*, e isto é rapidamente sentido pelo paciente” (WINNICOTT, 1954-5/1993, p. 478. Itálicos no original).

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ARAÚJO, C. A. S. de. **Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott**. 2007. 193 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

COELHO FILHO, J.G. **Falha ambiental e paciente *borderline* sob o olhar winnicottiano**. 1999. 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.

DIAS, E. O. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 283-322, dez. 1999. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24301999000200004>. Acesso em: 20 abr. 2019.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIAS, E. O. A teoria winicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 29-46, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302008000100002>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FERREIRA, A. de M. Donald Woods Winnicott, um olhar sobre sua vida e obra. In: FERREIRA, A. de M. (org.). **Espaço Potencial Winnicott**: diversidade e interlocução. 1. ed. São Paulo: Landy Editora, 2007. p. 14-28.

GREEN, A. 1ª Conferência: conceituações e limites. In: GREEN, A. **Conferências brasileiras de André Green**: metapsicologia dos limites. Trad. Helena Besserman Vianna. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Trabalho originalmente publicado em 1986). p. 11-32.

GUIMARÃES, R. M.; BENTO, V. E. S. O método do “estudo de caso” em psicanálise. **PSICO**, Revista eletrônica PUC-RS, v. 39, n. 1, p. 91-99, mai. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1484/2800>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

HISADA, S. Aspectos do *setting* em Winnicott. In: OUTEIRAL, J.; HISADA, S.; GABRIÁDES, R. (org.). **Winnicott: seminários paulistas**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 119-125.

HISADA, S. **Clínica do *setting* em Winnicott**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

KHAN, M. M. R. Introdução por M. Masud R. Khan. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Introdução, p. 11-54.

KUBLIKOWSKI, I. Estudo de caso e pesquisas em psicologia clínica. In: MACEDO, R. M. S. de; KUBLIKOWSKI, I.; MOREÍ, C. L. O. O. (org.). **Pesquisa qualitativa no contexto da família e comunidade: experiências, desafios e reflexões**. 1. ed. Curitiba, PR: CRV, 2018. Coedição: São Paulo, SP: EDUC, 2018. Cap. 2, p. 25-44.

LITTLE, M. I. ***Psychotic anxieties and containment: a personal record of an analysis with Winnicott***. Northvale, New Jersey: Jason Aronson, 1990.

LITTLE, M. I. **Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott**. Trad. Maria Clara de B. Fernandes. Rio de Janeiro: Imago, 1992. Disponível em: <http://donaldwoods.pbworks.com/w/file/etch/98848371/Margareth%20I.%20Little_Ansiedades%20psicóticas%20e%20prevenção.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2018.

MEZAN, R. **O tronco e os ramos estudos de história da psicanálise**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

NAFFAH NETO, A. O divã psicanalítico e o corpo materno – algumas considerações sobre o *holding* em processos de regressão psicanalítica. In: NAFFAH NETO, A. **Veredas psicanalíticas: à sombra de Winnicott**. 1. ed. Deutschland/Niemcy: Novas Edições Acadêmicas, 2017. (Trabalho originalmente publicado em 2003). Cap. 9, p. 216-244.

NAFFAH NETO, A. Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 433-454, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302005000300005>. Acesso em: 16 set. 2019.

NAFFAH NETO, A. A problemática do falso *self* em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott. In: NAFFAH NETO, A. **Veredas psicanalíticas: à sombra de Winnicott**. 1. ed. Deutschland/Niemcy: Novas Edições Acadêmicas, 2017. (Trabalho originalmente publicado em 2007). Cap. 6, p. 143-169.

NAFFAH NETO, A. O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 41, n. 75, p. 107-121, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352008000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 mai. 2018.

NAFFAH NETO, A. Falso *self* e patologia *borderline* no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. In: NAFFAH NETO, A. **Veredas psicanalíticas: à sombra de Winnicott**. 1. ed. Deutschland/Niemcy: Novas Edições Acadêmicas, 2017. (Trabalho originalmente publicado em 2010a). Cap. 7, p. 170-192.

NAFFAH NETO, A. As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferência: as contribuições de Winnicott. In: NAFFAH NETO, A. **Veredas psicanalíticas: à sombra de Winnicott**. 1. ed. Deutschland/Niemcy: Novas Edições Acadêmicas, 2017. (Trabalho originalmente publicado em 2010b). Cap. 10, p. 245-264.

NAFFAH NETO, A. A função básica da mãe (e do analista) em Bion e Winnicott, com foco nos conceitos de *rêverie* e *holding*. In: NAFFAH NETO, A. **Veredas psicanalíticas: à sombra de Winnicott**. 1. ed. Deutschland/Niemcy: Novas Edições Acadêmicas, 2017. (Trabalho originalmente publicado em 2011). Cap. 3, p. 58-84.

NAFFAH NETO, A.; CINTRA, E. M. de U.; Paradoxo, noite e mistério: os labirintos da pesquisa psicanalítica. In: KUBLIKOWSKI, I.; KAHHALE, E. M. S. P.; TOSTA, R. M. (org.). **Pesquisas em psicologia clínica: contextos e desafios** [recurso eletrônico]. São Paulo: EDUC, 2019. Cap. 1, p. 13-33.

NAFFAH NETO, A.; CINTRA, E. M. de U.; DEUS, R. T. de. **O manejo na clínica winnicottiana das psicoses**. Canal do LIPSIC IPUSP/PUC-SP no YouTube, 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=JMoFsuOTd70>>. Acesso em: 18 set. 2020.

OUTEIRAL, J. Os pacientes de Donald Winnicott que escreveram sobre sua experiência terapêutica: alguns comentários. In: OUTEIRAL, J.; HISADA, S.; GABRIÁDES, R. (org.). **Winnicott: seminários paulistas**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 89-111.

PRADO, E. F. de A. **A seletividade alimentar e o setting analítico: um estudo de caso sob a ótica da Teoria do Amadurecimento Emocional de Donald Woods Winnicott**. 2013. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

SOANES, C. **Oxford dictionary of current english**. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2001.

WINNICOTT, D. W. O ódio na contratransferência. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Trabalho originalmente publicado em 1947). Cap. 15, p. 277-287.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Trabalho originalmente publicado em 1951). Cap. 18, p. 316-331.

WINNICOTT, D. W. Ansiedade associada à insegurança. In: WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. (Trabalho originalmente publicado em 1952a). Cap. 8, p. 205-210.

WINNICOTT, D. W. Psicose e cuidados maternos. In: WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. (Trabalho originalmente publicado em 1952b). Cap. 17, p. 375-387.

WINNICOTT, D. W. Retraimento e regressão. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Trabalho originalmente publicado em 1954). Cap. 20, p. 347-354.

WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro de *setting* psicanalítico. In: WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. (Trabalho originalmente publicado em 1954-5). Cap. 22, p. 459-481.

WINNICOTT, D. W. Formas clínicas da transferência. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Trabalho originalmente publicado em 1955-6). Cap. 23, p. 393-398.

WINNICOTT, D. W. O que sabemos a respeito dos bebês que chupam pano? In: WINNICOTT, D. W. **Conversando com os pais**. Trad. Álvaro Cabral. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Trabalho originalmente publicado em 1956a). Cap. 3, p. 19-25.

WINNICOTT, D. W. Preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. (Trabalho originalmente publicado em 1956b). Cap. 24, p. 491-498.

WINNICOTT, D. W. Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1957). Cap. 9, p. 101-105.

WINNICOTT, D. W. Análise da criança no período de lactência. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1958). Cap. 10, p. 106-113.

WINNICOTT, D. W. Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1959-1964). Cap. 11, p. 114-127.

WINNICOTT, D. W. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1960a). Cap. 3, p. 38-54.

WINNICOTT, D. W. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1960b). Cap. 12, p. 128-139.

WINNICOTT, D. W. Contratransferência. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1960c). Cap. 14, p. 145-151.

WINNICOTT, D. W. Psicose na infância. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org.). **Explorações psicanalíticas**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1961a). Cap. 13, p. 53-58.

WINNICOTT, D. W. Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org.). **Explorações psicanalíticas**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1961b). Cap. 14, p. 59-61.

WINNICOTT, D. W. Tipos de psicoterapia. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. Trad. Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1996. (Trabalho originalmente publicado em 1961c). Parte I, p. 79-86.

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento

emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1962a). Cap. 4, p. 55-61.

WINNICOTT, D. W. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1962b). Cap. 5, p. 62-69.

WINNICOTT, D. W. Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1962c). Cap. 15, p. 152-155.

WINNICOTT, D. W. O medo do colapso. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org.). **Explorações psicanalíticas**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1963a). Cap. 18, p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1963b). Cap. 7, p. 79-87.

WINNICOTT, D. W. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1963c). Cap. 17, p. 163-174.

WINNICOTT, D. W. Os doentes mentais na prática clínica. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1963d). Cap. 20, p. 196-206.

WINNICOTT, D. W. Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho originalmente publicado em 1963e). Cap. 21, p. 207-217.

WINNICOTT, D. W. Os elementos masculinos e femininos ex-cindidos encontrados em homens e mulheres. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org.). **Explorações psicanalíticas**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1966). Cap. 28 Parte I, p. 134-143.

WINNICOTT, D. W. Pós-escrito: D.W.W. sobre D.W.W. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org.). **Explorações psicanalíticas**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1967). p. 433-443.

WINNICOTT, D. W. A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1968a). Cap. 9, p. 79-92.

WINNICOTT, D. W. A imaturidade do adolescente. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. Trad. Paulo Sandler. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Trabalho originalmente publicado em 1968b). Segunda parte, p. 145-163.

WINNICOTT, D. W. O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org.). **Explorações psicanalíticas**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1968c). Cap. 34 Parte I, p. 171-177.

WINNICOTT, D. W. O uso de um objeto e relacionamentos através de identificações. In: WINNICOTT, D. W. **O brincar & a realidade**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Trabalho originalmente publicado em 1969a). Cap. 6, p. 121-131.

WINNICOTT, D. W. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org.). **Explorações psicanalíticas**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho originalmente publicado em 1969b). Cap. 36, p. 195-202.

WINNICOTT, D. W. Parte I, Introdução. In: WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Trad. Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984. (Trabalho originalmente publicado em 1971). Parte I, p. 9-19.

WINNICOTT, D. W. **Holding e interpretação**. Trad. Sonia Maria Tavares Monteiro de Barros. São Paulo: Martins Fontes, 1991. (Trabalho originalmente publicado em 1972).

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Trad. Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Trabalho originalmente publicado em 1988).