

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUCSP

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARIA PAULA ALENCAR NERY LIRA

**A URGÊNCIA DE UMA CLÍNICA VIVA DIANTE DA PRECOCIDADE DO
TRAUMA**

Mestrado em Psicologia Clínica

SÃO PAULO

2022

MARIA PAULA ALENCAR NERY LIRA

A Urgência de uma Clínica Viva diante da Precocidade do Trauma

Mestrado em Psicologia Clínica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Núcleo de Método Psicanalítico e Formações da Cultura, para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elisa Maria de Ulhôa Cintra

NERY, M. P. A. **A urgência de uma clínica viva diante da precocidade do trauma.** 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Núcleo de Método Psicanalítico e Formações de Cultura – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2022.

Aprovado em: _____

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Elisa Maria de Ulhôa Cintra
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP

Prof. Dr. Luís Claudio Mendonça Figueiredo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP

Prof^a. Dr^a. Fátima Flório Cesar
Pós-doutorado em Psicologia Clínica PUCSP

FICHA CATALOGRÁFICA

Dedico a conquista deste sonho aos meus pais, Danielle e Paulo, pelo amor, incentivo e apoio que sempre me ofereceram.

À minha irmã, Maria Eduarda, pela travessia compartilhada em todos os momentos da minha vida.

Ao meu marido, Danilo, pelo acolhimento, amor e calma neste período de tanta turbulência interna e externa.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este estudo quero agradecer...

... À minha querida orientadora, Elisa Cintra, sou e sempre serei eternamente grata por acreditar e confiar na minha capacidade, respeitando meus passos, percursos e percalços, mas sem deixar que eu me perdesse neles. Me sinto orgulhosa e feliz em ter lhe escolhido desde o início para ser minha orientadora. Agradeço, ainda, por me ajudar a descobrir uma Psicanálise Viva.

... Ao professor Luís Claudio Figueiredo, pelo compromisso e dedicação na missão de compartilhar conhecimentos em suas aulas riquíssimas e proveitosas. Que honra tê-lo em meu percurso. Agradeço também pelas importantes considerações e direcionamentos durante o Exame de Qualificação.

... À professora Fátima Flório Cesar, analista que eu já conhecia desde minhas leituras em seus “férteis” livros e que tive a oportunidade de conhecer assistindo às suas aulas como aluna especial na USP. Agradeço também por seu verdadeiro interesse, cuidado e contribuições na ocasião do Exame de Qualificação. Você é uma fonte de sabedoria e inspiração para mim.

... Aos meus colegas do PEPG da PUC-SP, pelas trocas acadêmicas, palavras de afeto, cafés e almoços (pré-pandêmicos). Vocês jamais saberão o quão importantes foram durante esse período.

... Aos meus pais, por sempre serem meu porto seguro e por sempre me apoiarem nas minhas escolhas e caminhos: isto torna meus sonhos possível.

... À minha irmã, meu maior tesouro. Não existe amor maior do que eu sinto por você.

... Ao meu marido, por toda sua dedicação e paciência diante de minhas presenças e ausências.

... À minha analista por me ajudar a descobrir que a vida sempre pode ser reinventada, minha profunda gratidão.

... Aos meus familiares e amigos, pelos momentos de leveza, diversão e pela compreensão da minha maior ausência ao longo desses anos de pesquisa.

... Por fim, agradeço à FUNDASP pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Muito obrigada!

RESUMO

NERY, M. P. A. A urgência de uma clínica viva diante da precocidade do trauma. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Núcleo de Método Psicanalítico e Formações de Cultura – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2022.

Ao longo da história da Psicanálise, ao passo que o conhecimento dos quadros clínicos se expandiu, o *setting* e a técnica também foram se transformando. A presente dissertação tem como objetivo investigar a importância de oferecer um espaço que possibilite o encontro com a vitalização na clínica dos pacientes que tiveram seu amadurecimento emocional interrompido diante de falhas ambientais traumáticas. O fio condutor para a realização deste estudo foi o caso Robbie, um paciente com retraimento severo, tratado por Anne Alvarez. Para chegar até este caso, utilizou-se como base o recorte teórico de Figueiredo e Coelho Junior acerca das matrizes de adoecimento psíquico. Utilizou-se, dentro deste aporte teórico, a matriz ferencziana e seu modelo de adoecimento por passivação, de forma que a investigação avançou cronologicamente partindo de Sándor Ferenczi, passando por Donald Winnicott até chegarmos à psicanálise transmatricial, com enfoque na autora Anne Alvarez. A escolha em direção à matriz ferencziana se deu devido à dedicação desses autores ao estudo desse grupo de pacientes submetidos a traumas graves e precoces, exibindo sinais de que algo de seu psiquismo estava congelado, levando-os a tornarem-se sobreviventes ou meros zumbis. Diante dessas situações, é importante e necessário que o analista, além de preservar a própria vitalidade, propicie uma experiência vitalizante, com uma postura ativa e de urgência emocional. As contribuições de Ferenczi têm origem em sua teoria do trauma e suas ideias relativas à elasticidade da técnica. Em Winnicott, foram utilizados os seus aportes referentes às possíveis consequências de falhas no âmbito da participação da alteridade no processo de constituição subjetiva e os recursos por ele desenvolvidos nas modificações do *setting* no atendimento desses casos graves. Em Anne Alvarez o leitor acompanhará, a partir do caso Robbie, de que forma a autora construiu o conceito de *Reclaiming* – ou atitude de chamar à vida e à vitalidade psíquica, por parte do analista.

Palavras-chaves: Psicanálise contemporânea; Vitalidade; Traumas precoces; Ferenczi; Alvarez.

ABSTRACT

NERY, M. P. A. The urgency of a living clinic in the face of the precocity of trauma. 79 páginas. 2022. Dissertation (Master in Clinical Psychology) – Núcleo de Método Psicanalítico e Formações de Cultura – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

Throughout the history of psychoanalysis, while the knowledge of clinical conditions has expanded, the setting and the technique have also been transformed. The present dissertation aims to investigate the importance of offering a space that allows the encounter with the vitalization in the clinic of patients who had their emotional maturation interrupted, in the face of traumatic environmental failures. The guiding thread for this study was the Robbie case, a patient with severe withdrawal, treated by Anne Alvarez. To arrive at this case, the theoretical framework of Figueiredo and Coelho Junior about the matrices of psychic illness was used as a basis. The Ferenczian matrix and its model of illness by passivation were used within this theoretical framework, so that the investigation progressed chronologically starting from Sándor Ferenczi, passing through Donald Winnicott until we reach the transmatrix psychoanalysis, focusing on the author Anne Alvarez. The choice towards the Ferenczian matrix was due to the dedication of these authors to the study of this group of patients submitted to severe and early trauma, showing signs that something of their psyche is frozen, leading them to become survivors or zombies. Faced with these situations, it is important and necessary that the analyst, in addition to preserving his own vitality, provides a vitalizing experience, with an active posture and emotional urgency. Ferenczi's contributions stem from his theory of trauma and his ideas concerning about the elasticity of technique. In Winnicott, his contributions referring to the possible consequences of failures in the scope of the participation of otherness in the process of subjective constitution and the resources he developed in the modifications of the setting in the care of these serious cases were used. In Anne Alvarez, the reader will follow, from the Robbie case, how the author built the concept of Reclaiming – or an attitude of calling to life and psychic vitality, on the part of the analyst.

Keywords: Contemporary psychoanalysis; Vitality; Early trauma; Ferenczi; Alvarez.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – SANDÓR FERENCZI	19
1.1 A TEORIA DO TRAUMA	20
1.1.1 Traumas estruturantes.....	21
1.1.2 Traumas desestruturantes	23
1.2 OS PACIENTES APASSIVADOS	29
1.3 A CLÍNICA FERENCZIANA DIANTE DA PRECOCIDADE DO TRAUMA.....	33
CAPÍTULO 2 – DONALD WINNICOTT	42
2.1 PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES	43
2.2 TEORIA DO AMADURECIMENTO EMOCIONAL: UM BREVE CAMINHO	46
2.2.1 Os sujeitos apassivados e a possibilidade de um percurso.....	47
2.2.2 O medo do colapso (<i>breakdown</i>)	53
2.3 A CLÍNICA WINNICOTTIANA DIANTE DOS PACIENTES APASSIVADOS	57
2.4 A VITALIDADE EM WINNICOTT	64
CAPÍTULO 3 – ANNE ALVAREZ E O CASO ROBBIE	67
3.1 O CASO ROBBIE	68
3.1.1 Encontros e desencontros terapêuticos.....	70
3.1.2 Árvore da morte: o mundo interno de Robbie	74
3.2 <i>RECLAMING</i> : ORIGEM E CONCEITO.	76
3.3 OS NÍVEIS DE TRABALHO ANALÍTICO: DO “POR QUE” AO “ALÔ!”	81
3.4 FIGUEIREDO E CÉSAR: CONTRIBUIÇÕES BRASILEIRAS DE UMA CLÍNICA VIVA.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

*Para além da curva da estrada
Talvez haja um poço, e talvez um castelo,
E talvez apenas a continuação da estrada.
Não sei nem pergunto.
Enquanto vou na estrada antes da curva
Só olho para a estrada antes da curva,
Porque não posso ver senão a estrada antes
da curva.
De nada me serviria estar olhando para outro
lado
E para aquilo que não vejo.
Importemo-nos apenas com o lugar onde
estamos.
Há beleza bastante em estar aqui e não noutra
parte qualquer.
Se há alguém para além da curva da estrada,
Esses que se preocupem com o que há para
além da curva da estrada. Essa é que é a
estrada para eles.
Se nós tivermos que chegar lá, quando lá
chegarmos saberemos. Por ora só sabemos
que lá não estamos.
Aqui há só a estrada antes da curva, e antes
da curva
Há a estrada sem curva nenhuma.*

(Alberto Caeiro [Fernando Pessoa], Poemas
inconjuntos)

INTRODUÇÃO

Entrar no mestrado logo após a faculdade foi uma escolha construída e pensada durante (quase) toda a minha graduação. Uma escolha sem questionamentos e sem dúvidas, mesmo com muitas possibilidades. Sair da zona de conforto nunca é tão fácil como aparenta. Sair da convivência diária, da cama (e da terra) quentinha para poder encontrar algo novo... O quê? Eu ainda não sabia. Mas essa decisão de ir era como sair da inércia, experimentar novos arranjos, novos colegas, nova instituição de ensino e até um novo trânsito. Foi um sonho regado majoritariamente de amor, gratidão e certezas.

Com a entrada no mestrado, inicia-se então o processo da dissertação e voltamos para a construção, para o desconhecido, para as infinitas possibilidades. Diferente da escolha do mestrado, mas não tanto, a escolha do meu tema foi regada por outros sentimentos: dúvidas, questionamentos, incertezas, não saberes.

Desde o princípio, houve profundas inquietações sobre o início da vida e das forças atuantes na constituição do psiquismo infantil. A partir desse interesse inicial, fui movida a buscar na literatura psicanalítica elementos que subsidiassem essa investigação. Com esses “cacos” soltos, escolho o mosaico como símbolo, imprimindo um substrato metafórico a esta construção reflexiva. Encaro este percurso como um processo de construção de um mosaico, que ora é composto por pedaços disformes de aparência não necessariamente agradável e confusa, ora composto por pedaços coloridos.

É assim que me observo inicialmente, me encontro (perdida) entre uma enorme quantidade de ideias dispersas surgindo de várias fontes como material teórico e questões de fundo, material clínico, conversas com colegas e discussões em supervisões e aulas que mantive juntas em minha mente mesmo quando elas não estavam fazendo sentido instantâneo como um corpo integrado.

Dessa forma, meu caminho de pesquisa vai se construindo, simbolizando sentimentos, desafios, emoções, saberes e não saberes, juntando fragmentos para formar uma nova ideia. Juntando alguns cacos, os pensamentos vão encontrando uma trilha inicial de integração. Me surpreendo pensando sobre

ramificações dessas redes de sentido quase involuntariamente, durante momentos inusuais que pousam sobre interrogações no que se refere aos sofrimentos que permeiam os pacientes na clínica contemporânea. Vi isso como uma nova direção, o resultado de um caminho retrospectivo que tinha feito, começado pela superfície e indo para trás ou para todos os lados, unindo cenas, pedaços, descobrindo e redescobrando saberes e experiências emocionais.

Fazendo um retorno a Freud, na evolução epistemológica de sua teoria, podemos observar que seu pensamento nasce de sua experiência como médico. O criador da Psicanálise caminha ao longo dos estudos por outras áreas de saber, como a Antropologia, História, Direito e Arte (FREUD, 1925 [1924]; MEZAN, 2014).

Nesse contexto, os autores que sucedem a Freud trabalharam a partir da teoria freudiana introduzindo vértices próprios e novas contribuições. Esse movimento também ocorre quando a Psicanálise se encontra diante de novas investigações, novos fenômenos clínicos e culturais, posicionando-se na busca pelo novo, mantendo a releitura do trabalho freudiano. Este é nosso princípio.

O tema do presente estudo

O tema de investigação da presente pesquisa parte dos casos que passaram do status de uma incômoda exceção para um dos assuntos de maior relevância na discussão da clínica contemporânea. A partir de exigências que encontramos hoje em nossos consultórios, foi necessária uma ampliação da clínica, que permite lidar com os aspectos psíquicos inassimiláveis que se encontram congelados em muitos pacientes.

Estamos nos referindo aos pacientes “difíceis”, pacientes em intenso sofrimento psíquico, que sofreram traumas durante os primeiros anos de vida, resultando em falhas na constituição do Eu. Alguns casos, por exemplo, dizem respeito a situações traumáticas vivenciadas em momentos muito primitivos, o que pode impossibilitar o trabalho analítico baseado na técnica interpretativa, exigindo uma postura diferente da parte do analista.

Dito isso, antes de iniciar o percurso, apresentaremos neste primeiro momento os pressupostos que servirão de companhias e guias ao longo desta caminhada.

Para nos acompanhar neste estudo, utilizaremos a compreensão das matrizes psicanalíticas de Luís Claudio Figueiredo e Nelson Coelho Junior (2021) no livro *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*, ao discernirmos as duas grandes linhagens do pensamento psicanalítico: a matriz freudo-kleiniana e a matriz ferencziana. Cada matriz corresponde a uma forma de adoecimento com diferentes estratégias na condução do processo psicanalítico. Há ainda uma terceira matriz, a transmatricial, que nasce dos esforços de articulação entre as duas primeiras, e que vem caracterizar a psicanálise contemporânea. Este recorte foi essencial para mim diante do vasto universo teórico psicanalítico, funcionando como um organizador para a leitura e compreensão dos múltiplos cruzamentos teóricos e clínicos que encontramos hoje.

Inicialmente, apresento os pressupostos principais das matrizes freudo-kleiniana e ferencziana (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2021) para uma melhor compreensão deste estudo. No que se refere ao que elas têm em comum, podemos entender que em ambas as matrizes, os adoecimentos são concebidos como interrupções nos processos de saúde. A diferença se dará nas modalidades de adoecimento que cada uma delas conceberá, bem como nas estratégias na condução do processo psicanalítico a elas correspondentes. Detalharemos a seguir.

À matriz freudo-kleiniana, coube pensar os adoecimentos por excesso de mecanismos de defesas ativos. Isto significa que a problemática central destes adoecimentos é a angústia, contra a qual o psiquismo constrói suas defesas. As teorizações nesta matriz, portanto, girarão em torno dos processos de formação das angústias, suas configurações e os mecanismos delas decorrentes.

O pressuposto básico desta matriz são os ilimitados recursos defensivos do psiquismo. Aqui, os adoecimentos serão concebidos, não como ausência de defesas, e sim com o excesso delas. Então é daí que podemos reconhecer nesta matriz uma concepção geral de adoecimentos por *ativação* de defesas. A estratégia de cura na condução destes quadros seria, portanto, o da desativação, ou seja, a modulação das angústias, o confronto e o atravessamento das defesas e resistências. A matriz freudo-kleiniana, como podemos observar, está centrada na questão da angústia e dos adoecimentos provenientes de defesas ativas.

No que se refere à matriz ferencziana, esta debruçou-se sobre o tema das *agonias* e do que se pode chamar de adoecimentos por passivação, ou, em outras palavras, pela impossibilidade de defesa. Aqui a problemática central são os traumatismos precoces. O pressuposto fundamental é o limite dos recursos psíquicos defensivos, ou seja, para os autores desta linhagem, os traumas precoces são vivências de rupturas tão radicais, que ocasionam, na verdade, um desmoronamento das capacidades de defesa e resistência: não há possibilidade de fuga e nem de ataque. O indivíduo é apassivado pelo agente traumático, restando a ele “deixar-se morrer”. Como efeito disso, partes do seu psiquismo morrem.

Nestes casos, as angústias sequer chegam a se formar. Em vez disso, nos adoecimentos por passivação, em que a violência do trauma supera as possibilidades de alguma reação, parece ser mais adequado falarmos – como fez Winnicott (1963b) – de *agonia*, termo mais próximo da descrição do estado em que se encontra o sujeito nesta condição: um quadro agonizante. Aqui o indivíduo carrega em seu psiquismo uma marca profunda da presença da morte de si mesmo sob a forma da desvitalização.

Como estratégia na condução de um trabalho terapêutico, são enfatizadas nesta matriz as funções antitraumáticas dos objetos primordiais, o que pode ser resumido na célebre frase ferencziana:

A criança deve ser levada por um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados, a perdoar aos pais por terem-na posto no mundo sem lhe perguntar qual era a sua intenção, pois caso contrário, as pulsões de destruição logo entram em ação (FERENCZI, 1929/2011, p. 58).

As estratégias de cura na condução do tratamento nesta matriz se articulam principalmente em torno da reanimação, ou seja, da revitalização. Para isto, estratégias como a regressão terapêutica, o convite ao brincar e ao humor ganham centralidade na situação analisante.

Vale lembrar que a matriz ferencziana nasce como uma suplementação à freudo-kleiniana; é importante dizer que ela não a substitui, mas é indispensável, especialmente para pensarmos e tratarmos de modalidades de adoecimentos em que a problemática se associa a alguma forma de desvitalização, modalidade esta que será o foco deste estudo. Aproveitamos para reiterar que, enquanto

suplementar, acrescenta à clínica dos pacientes difíceis um novo modelo de doença psíquica para o qual serão necessárias transformações na técnica e estratégias na condução do tratamento.

Figueiredo e Coelho Junior (2021), como dito anteriormente, falam de uma terceira via, por eles denominada de matriz transmatricial, que nasce dos esforços de articulação entre as duas primeiras (matriz freudo-kleiniana e matriz ferencziana), e que vem a caracterizar a Psicanálise contemporânea. Para os autores, “(...) o que de mais interessante está sendo realizado em psicanálise [hoje] é uma articulação entre as duas matrizes” (ibidem, p. 20).

A conjugação das duas matrizes de adoecimento iniciou-se a partir dos desafios que foram surgindo na clínica, como uma tentativa de responder teórica e clinicamente, exigindo reflexão e criatividade dos psicanalistas contemporâneos. Iremos aprofundar o estudo da matriz transmatricial no último capítulo deste trabalho, com o enfoque maior na autora Anne Alvarez, considerada pertencente a este grupo. Ousamos ainda dizer que foi a partir da obra desta autora que esta dissertação passou a germinar. Acreditamos que, ao final, isso fará mais sentido para o leitor.

Após uma breve, porém necessária passagem por essas matrizes para uma melhor contextualização da presente pesquisa, sigamos adiante.

O objetivo deste estudo é investigar a importância de possibilidades vitalizantes no encontro clínico com pacientes que sofreram traumas precoces e tiveram, como consequência disso, partes do psiquismo “mortas” ou congeladas. Para isso, utilizaremos principalmente da matriz ferencziana e seu modelo de adoecimento por passivação, em que a interrupção dos processos de saúde é algo muito precoce e mais radical do que se pode observar na matriz freudo-kleiniana. Este caminho é essencial para chegarmos ao principal caso com que iremos trabalhar neste estudo, o caso Robbie¹ de Anne Alvarez, autora considerada pertencente ao grupo da psicanálise transmatricial, como dito anteriormente. Ressaltamos que ainda que o paciente tenha sido atendido por Alvarez, esta sendo adepta da matriz freudo-kleiniana e não citando Ferenczi em seus textos, consideramos que a matriz ferencziana nos ajudará bastante neste

¹ Sugerimos que antes de iniciar a leitura dos capítulos que seguem, o leitor se direcione ao Capítulo 3 e faça uma leitura prévia do caso Robbie disponível das páginas 70 a 77.

percurso em direção a melhor compreender o que estamos chamando de “psicanálise transmatricial”.

Na matriz ferencziana, o trauma precoce em sua face apassivadora terá centralidade na etiologia dos adoecimentos. Nesta matriz, assim como veremos em Robbie, as angústias não chegam a se formar, sendo liminarmente evitadas por áreas do psiquismo que morrem, ou melhor, deixam-se morrer. Neste modelo, falaremos em *agonias*, um termo sugerido por Winnicott (1963b), pois é um termo que parece adequar-se a uma vivência que antecede e antecipa a experiência da morte. Ferenczi e Winnicott são autores que aqui utilizaremos e que se dedicaram ao estudo desse grupo de pacientes e dos aspectos mais precoces da constituição subjetiva, lançando a base para uma série de discussões teóricas e técnicas atuais, nos ajudando a compreender a clínica dos pacientes difíceis e a instituir adaptações ao *setting*.

Foi a partir deles e do desenvolvimento histórico da Psicanálise, que foram sendo criadas práticas específicas para lidar com esses pacientes, cuja diferenciação entre o eu e o outro é a questão principal, ou seja, pacientes nos quais as questões narcísicas são mais significativas do que as questões referentes ao conflito pulsional.

Nesses casos, o sujeito é submetido a traumas graves e precoces, exibindo sinais de que algo de seu psiquismo está congelado, tornando-se sobrevivente ou mero zumbi, ao lado de uma tendência a estabelecer um vínculo e uma comunicação de natureza bastante primitiva. São casos que denotam uma aversão à vida, nos quais o/a paciente parece fadado/a a afastar-se dela e a atingir um estado de “não-ser”; casos que apresentam uma paralisia da espontaneidade; pacientes que se sentem à margem da própria existência, que vivem uma vida mortificada, por assim dizer. Todas essas problemáticas entrelaçam-se no sofrimento de uma vida paralisada e no prejuízo do fruir da criatividade.

Entendemos que, nessas circunstâncias, este congelamento e a falta de vitalidade são a única saída para evitar estados de agonia impensável – a própria falta de vitalidade é o que de melhor se pode fazer com a vida. Pois sentir-se vivo não é algo inerente ao sujeito ao nascer, mas é a somatória de experiências que, ao longo do desenvolvimento, se tornam afetivamente significativas. Diante dessas situações, é importante e necessário que o analista, orientado por uma ética do cuidado, propicie uma experiência viva e vitalizante no encontro

analítico. Uma clínica viva, no contexto do nosso trabalho, acreditamos ser a que parte de uma escuta e de uma resposta empática e viva diante das mais incipientes manifestações da vida psíquica que percebemos ali subsistir. No entanto, essa tarefa pode ser ainda mais complicada em alguns casos, tendo em vista que esses sujeitos lutam para manter suas organizações protetoras rígidas, mesmo que o preço seja alto.

Considerando o objetivo exposto, esta dissertação foi dividida em quatro capítulos. A primeira parte será dedicada a circunscrever a matriz ferencziana e o adoecimento por passivação, que dividimos em dois capítulos. No primeiro capítulo, teremos as contribuições de Sándor Ferenczi a respeito do traumático, explorando a importância atribuída pelo autor húngaro aos componentes reais da relação entre a criança e o ambiente, tanto na construção quanto na consolidação do trauma, teoria importante que está na origem do problema clínico que nos interessa. Apresentaremos também como se deu a necessidade do autor de realizar modulações técnicas, apresentando a importância da elasticidade para melhor alcançar seus pacientes “difíceis”.

No segundo capítulo, analisaremos as contribuições de Donald Winnicott, autor que produziu obras únicas e notáveis, tanto em termos de criatividade teórica como de inovação e consistência clínica, o que também é considerado indispensável para pensarmos as elaborações transmatriciais. Ainda que Winnicott não reconheça sua herança ferencziana, como nos revelam Figueiredo e Coelho Junior (2021), a presença deste legado revela-se tanto nos aspectos teóricos quanto clínicos de sua obra.

Winnicott interessou-se pelo estudo dos aspectos mais precoces da constituição subjetiva e quais as possíveis consequências de falhas no âmbito da participação da alteridade no processo de constituição subjetiva. Sua clínica, composta basicamente por pacientes muito graves, deu ênfase à função materna no início da vida, em especial aos aspectos não verbais que aí se fazem presentes. Abordaremos, ainda, em linhas gerais as repercussões de um ambiente não suficientemente bom na constituição do sujeito e sua forma de trabalhar com os pacientes traumatizados.

É importante destacar que, ainda que Ferenczi e Winnicott investiguem o trauma e o desamparo e tragam indiscutíveis contribuições teóricas e práticas na clínica psicanalítica, há diferenças teóricas entre estes. No entanto, não será

nosso objetivo destrinchar tais diferenças, mas fazer um recorte dentro da obra de cada autor que possa nos munir de um precioso material, com o intuito de pensar sobre as modulações técnicas e as possibilidades vitalizantes no encontro clínico com pacientes traumatizados, pois estes autores têm um ponto de encontro que muito nos interessa, referente às consequências psicopatológicas do trauma precoce. Para ambos, o trauma precoce leva a progressivos desligamentos das dimensões vitais e, progressivamente, ao aumento da apatia total e de alguma forma de morte psíquica (COELHO JUNIOR, 2021).

No capítulo seguinte, o leitor encontrará contribuições da psicanálise transmatricial ou também chamada de psicanálise contemporânea, e utilizaremos principalmente o pensamento de Anne Alvarez para dar substância aos nossos argumentos. Esta psicanalista canadense debruçou-se sobre questões do desenvolvimento infantil e se concentrou nos cuidados de pacientes graves e “ausentes”, como a própria autora os denomina em uma entrevista realizada para a revista *Percurso* (2003).

Alvarez, com sua formação freudo-klein-bioniana de base, como ela própria menciona no prefácio de seu livro *O coração pensante* (2021), reconhece a necessidade de uma suplementação teórica e técnica, na tentativa de “alcançar” os sujeitos indefesos, apassivados e/ou “vegetais”, termo adotado pela analista para se referir ao estado em que se encontra o paciente muito apassivado. A autora se destaca, como nos revelam Figueiredo e Coelho Junior (2021), não apenas por dar importância à presença da “morte em suspensão” em alguns psiquismos, mas também por utilizar-se de estratégias relacionadas a uma clínica da reanimação psíquica, como algo que passa pela escuta do inaudível, pelo brincar e pelo jogar.

O ponto de partida será o caso Robbie, paciente com retraimento severo atendido por Alvarez durante quase trinta anos. Robbie é um paciente cujo adoecimento psíquico e estado de quase morte do psiquismo precisa de estratégias de vitalização, de forma a que se possa enfrentar suas reduzidas capacidades de sonhar, brincar, fazer o luto, criar.

Será através do estudo minucioso deste caso grave, que mostraremos como a autora construiu o conceito de *Reclaiming* – atitude de chamar à vida e à vitalidade psíquica por parte do seu analista. É na edificação deste seu conceito

que Alvarez aponta para a importância de ser mais ativo, chamando o paciente de volta para si e para o contato humano, e que posteriormente será expandido e diversificado. Pensaremos nele como uma inspiração para o nosso trabalho. Muitas falas e atos analíticos, que não a interpretação propriamente dita, permeiam essa clínica, com o objetivo de “alcançar” o paciente. Acho importante destacar que foi, a partir deste caso, que passei a me interessar profundamente por este tema, sendo ele o responsável e guia nos estudos para a presente pesquisa.

As construções teóricas que serão abordadas quanto à vitalização como ampliação da estratégia clínica necessária com esses pacientes graves e sobreviventes ficarão mais claras à medida que nosso trabalho avançar. Acreditamos muito na importância de uma clínica viva nos dias de hoje. Esses serão os passos que o leitor encontrará a seguir.

Considerações sobre o método

Em Psicanálise, falar de pesquisa é sempre um pouco redundante, “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).

Naffah Neto e Cintra (ibidem) 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, o 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/ou 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 as modificações do *setting* na clínica contemporânea, enfatizando uma clínica viva e criativa, de forma que seja diferente da análise padrão.

CAPÍTULO 1 – SANDÓR FERENCZI

Ao observarmos a história da Psicanálise, podemos verificar que a investigação acerca do ambiente e sua influência no desenvolvimento psíquico passou a receber maior atenção e profundidade a partir dos estudos de Sandór Ferenczi.

Ferenczi (1873-1933) foi um psicanalista húngaro, contemporâneo, aluno direto de Sigmund Freud e considerado por este como um dos seus discípulos mais bem dotados e criativos. Em sua clínica, o autor se deparou com impasses no processo de análise de pacientes em intenso sofrimento psíquico, passando a se dedicar a experimentações clínicas que viabilizassem a análise desses casos.

Suas contribuições fazem valer aspectos fundamentais da prática clínica e trazem contribuições importantes referentes ao trauma. Ferenczi foi o primeiro psicanalista a dar centralidade às falhas dos objetos primordiais e suas implicações na técnica. O autor também desenvolveu temas sem os quais ficaríamos bastante limitados no que se refere à compreensão dos pacientes difíceis. Dedicou-se a estudar as questões do trauma precoce associadas aos adoecimentos, as funções do ambiente, a empatia e a regressão terapêutica durante o processo analítico – temas que aqui discutiremos.

Diante do exposto, pretendemos explorar neste capítulo os conceitos e elaborações de Sándor Ferenczi acerca das formas passivas de adoecimento e que constituem a base desta matriz, bem como suas limitações. O leitor também encontrará sua trajetória e suas contribuições acerca da importância do traumatismo para a produção de sofrimento psíquico. Sua dedicação ao fenômeno do trauma – que se acentuou a partir da sua experiência como médico do exército húngaro no *front* da Primeira Grande Guerra, e depois com pacientes comprometidos em sua constituição narcísica e em seus processos identificatórios – promoveu uma torção decisiva no entendimento psicanalítico acerca da importância da alteridade na produção de experiências disruptivas traumáticas.

Aproveitamos, ainda, para fazer elaborações sobre os pacientes acompanhados pelo autor que o auxiliaram no desenvolvimento de sua teoria e como estes o fizeram desenvolver procedimentos que visavam superar os obstáculos encontrados em sua clínica, enfatizando sua trilogia de 1928, um

verdadeiro marco fundador na história das ideias psicanalíticas. Estamos aqui nos referindo a pacientes que parecem ter perdido o gosto pela vida porque, na verdade, mal puderam experimentá-la.

É a partir das concepções que veremos em detalhes adiante, que Ferenczi inaugura um novo modelo de adoecimento no interior do pensamento psicanalítico: aqueles ocasionados não pelo excesso de defesas, mas por seu déficit, do qual o que resta é apenas a rendição ao agente traumático, o entregar-se, deixar-se morrer, ou seja, formas passivas de defesa. Instala-se, assim, uma matriz psicanalítica dos adoecimentos por passivação e desvitalização, com relação aos quais postulam-se duas estratégias de tratamento.

1.1 A TEORIA DO TRAUMA

Os estudos sobre o trauma em Ferenczi, além de ocupar um lugar central em sua obra, tem lugar de destaque na Psicanálise nos dias de hoje. Pode-se afirmar que a teoria ferencziana do trauma apresenta-se segundo dois enfoques distintos, que serão abordados neste tópico.

Sua primeira concepção sobre o trauma, como veremos adiante, refere-se aos traumas estruturantes e necessários para a constituição psíquica do sujeito, que encontramos em seus textos das décadas de 1910 a 1920. Nesses primeiros trabalhos, a ênfase é colocada numa vertente positiva do trauma, enquanto organizadora do psiquismo e necessária para a constituição psíquica do sujeito. Esses traumas surgem de separações que acompanham o processo de amadurecimento subjetivo e de socialização, como, por exemplo: o desmame, a aquisição do controle fisiológico implicado no asseio, o ingresso na vida escolar. Essas experiências traumáticas são constitutivas do aparelho psíquico, que se apresentam como rupturas que acometem todos os sujeitos.

Em um segundo momento, a partir de 1928, Ferenczi passa a apresentar o trauma a partir de uma visada negativa: são os traumas desestruturantes que geram falhas na constituição do psiquismo. De acordo com o autor, a relação dos adultos com a criança é potencialmente traumática. Não é o estado de desamparo em si que é a fonte do trauma, e sim a conseqüente dependência da criança ao adulto, ou seja, a fonte do trauma é a relação com o outro. Na teoria de Ferenczi, fatores externos que impõem mudanças no aparelho psíquico

ganham relevo; em lugar dos fatores endógenos, é sobretudo o meio ambiente que perturba o aparelho psíquico, desorganizando-o. Veremos com um maior detalhamento a seguir.

1.1.1 Traumas estruturantes

Ferenczi delineou a vertente estruturante do trauma particularmente nos ensaios “As neuroses à luz do ensino de Freud e da psicanálise” (1908), “Transferência e introjeção” (1909), “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios” (1913) e “Thalassa: ensaio sobre a teoria da genialidade” (1924), trauma este que é considerado necessário e inevitável aos processos de subjetivação humana.

O autor desenvolve em seu texto de 1913, “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios”, algumas considerações sobre a importância do sentimento de onipotência vivenciado pelo bebê. Segundo o autor, o período de vida intrauterino seria o primeiro ambiente de sobrevivência, em que a impressão é a de ter tudo o que se quer, já que possui tudo que lhe é necessário. Os traços dos processos psíquicos intrauterinos não deixam de exercer influência sobre a configuração do material psíquico que se apresenta após o nascimento: “a criança é levada a se sentir na posse de uma força mágica, que é capaz de concretizar todos os seus desejos mediante a simples representação de sua satisfação. (*Período da onipotência alucinatória mágica*)” (FERENCZI, 1913/2011, p. 50, grifos do autor).

A partir disso, ressalto a onipotência como lembrança do período intrauterino, momento que o feto estava vivendo de forma fisiológica a satisfação de todas as suas necessidades. Após o nascimento, neste estado alucinatório, suas descargas motoras, como choro, gritos e agitação, surgem nos momentos de desprazer, que mesmo havendo prontamente uma resposta do ambiente (cuidadores) – sem que a criança tenha a menor suspeita, em breve essas manifestações não serão mais suficientes para provocar o estado de satisfação, exigindo sinais cada vez mais particulares.

Dessa forma, paulatinamente, este sentimento de potência incondicional, de megalomania, começa a ser quebrado, como, por exemplo, o desmame, frustrações com a ausência da mãe, treinamento do asseio, desencontros, configurando-se como rupturas e traumas estruturantes. De acordo com Pinheiro

(1995, p. 69), “Ferenczi se refere aos traumas como sendo, na maior parte das vezes, estruturantes e remete-os a uma cadeia filogenética pré-inscrita, na qual, além de inevitáveis, são necessários”.

Neste momento, podemos perceber que o trauma estruturante em Ferenczi se configura como uma espécie de imunização, a qual se refere ao processo que se dá durante o desenvolvimento humano a partir dos traumas inerentes nas relações e que constituem o protótipo para a constituição do sujeito. A este propósito ele nos lembra:

Referia-me assim à importância recentemente conferida ao fator traumático, tão injustamente negligenciado nestes últimos tempos na patogênese das neuroses. O fato de não aprofundar de maneira suficiente a origem exterior comporta um perigo: o de recorrer a explicações apressadas, invocando a predisposição e a constituição (FERENCZI, 1932/2011, p. 111).

Kupperman (2019) colabora bastante quanto ao entendimento do trauma estruturante, colocando-o como separações que acompanham o processo de amadurecimento subjetivo e de socialização, referindo-se a elas como experiências que são traumáticas, mas constitutivas do aparelho psíquico, que se apresentam como rupturas que acometem todos os sujeitos. Ele nos diz: “o estado de desamparo não é, *per se*, a fonte do trauma, mas apenas na relação com o outro” (ibidem, p. 94, grifos do autor). Portanto, o estado de desamparo e as rupturas pelas quais passam os sujeitos, ainda que traumáticos, são estruturantes e necessários para o desenvolvimento.

É importante destacar que o trauma estruturante aponta a vulnerabilidade existente na condição humana, ou seja, Ferenczi dá maior destaque ao aspecto relacional. De acordo com o autor, a força vital de um bebê é frágil e só se reforça após o bom acolhimento do ambiente ou “após a imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos por meio de um tratamento e uma educação conduzidos com tato” (FERENCZI, 1929/2011, p. 59). É nessa experiência de dependência do outro que uma criança se mostra vulnerável, não havendo, para Ferenczi, um desamparo ou uma vulnerabilidade em si mesma.

O trauma em Ferenczi pode então ser dividido em dois grandes grupos: o primeiro, composto por traumas estruturantes que propiciam uma reorganização psíquica e que contribuem para o desenvolvimento e a estruturação, os quais apontamos nas considerações expostas acima, e o segundo, os

desestruturantes, correspondentes a traumas que geram falhas no processo de constituição psíquica.

1.1.2 Traumas desestruturantes

As considerações sobre o trauma desenvolvidas por Ferenczi aproximadamente a partir de 1928 refletiram uma proposta distinta da que ele vinha ressaltando até então. Em seus trabalhos “A adaptação da família à criança” (1928a), “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930), “Análises de crianças com adultos” (1931), “Confusão de língua entre os adultos e a criança” (1933) e “Reflexões sobre o trauma” (1934), Ferenczi desenvolve suas ideias sobre o trauma de maneira muito particular, ressaltando os fatores exógenos tanto em seus aspectos qualitativos quanto quantitativos. Detalho a seguir.

A teoria do trauma de Ferenczi (1928a/2011), como podemos ver, apresenta a importância da relação da criança com os adultos cuidadores, ou seja, a importância da relação dos sujeitos com seus primeiros objetos. O estado de desamparo, seguida pela dependência da criança ao adulto, “implicam que a *relação do adulto com a criança pode ser efetivamente traumática*” (KUPPERMAN, 2019, p. 94, grifos do autor). Aqui, trata-se da confiança que a criança tem para com o adulto, que era necessária e não foi correspondida: é isto que gera a confusão psíquica.

Há algo das necessidades “biopsicofisiológicas” (KUPPERMAN, 2019, p.100) da criança que não foram atendidas pelos adultos e a confiabilidade no ambiente é perdida. Assim, a relação com o objeto torna-se traumática, o adulto, ao mesmo tempo que invade seus limites, também desampara esse sujeito nascente (FERENCZI, 1928a/2011).

O autor (FERENCZI, 1934/2011) observa, ainda, a origem do trauma definido como fruto de um choque imprevisível e inesperado que passa a se repetir no discurso do paciente como conteúdo inconsciente. Essa repetição permite a descarga pulsional do trauma, pois o sujeito traumatizado não encontra outros recursos para uma possível elaboração. Neste mesmo texto, encontramos:

Um choque inesperado, não preparado e esmagador, age por assim dizer como um *anestésico*. Mas como é que isso se produz? Segundo parece, pela suspensão de toda espécie de atividade psíquica, somada à instauração

de um estado de passividade desprovido de toda e qualquer resistência (FERENCZI, 1934/2011, p. 129, grifo nosso).

A partir desta citação, podemos ver a descrição de um novo modelo de adoecimento no interior do pensamento psicanalítico: os ocasionados pelo déficit de defesas, em que o que resta é apenas a rendição ao agente traumático, o entregar-se, deixar-se morrer, ou seja, formas passivas de defesas. Instala-se, assim, uma matriz psicanalítica dos adoecimentos por passivação e desvitalização.

De acordo com Ferenczi (1916, 1919/2011), essa repetição implicaria um abandono completo de toda e qualquer relação com o presente, em uma imersão completa no passado traumático. A única ponte do passado traumático para o presente seria, para o paciente, a pessoa do analista, que se posiciona como ouvinte dos relatos de tal trauma.

A configuração traumática foi se delineando aos poucos, ao longo de sua obra e tomou a forma “final” em seu artigo de 1933, momento em que Ferenczi apresenta no XII Congresso Internacional de Psicanálise seu trabalho “As paixões dos adultos e sua influência sobre o desenvolvimento do caráter e da sexualidade da criança”, posteriormente publicado sob o título “Confusão de língua entre os adultos e a criança”, provavelmente o texto de Ferenczi com maior impacto no campo psicanalítico. Neste texto, encontramos o modelo de adoecimento por passivação inaugurado por Ferenczi, que terá inúmeros desdobramentos na prática analítica e nas teorizações em Psicanálise. De acordo com o autor (1933/2011), a vertente traumática desestruturante ocorre devido à diferença de linguagem existente entre a criança e os adultos, que tem por consequência a cisão do Eu.

Nesta sua formulação final, Ferenczi (1933/2011) postula que a criança se encontra sob o regime da “linguagem da ternura”, uma linguagem lúdica, expansiva, dirigida ao outro. Já o adulto encontra-se sob o primado da “linguagem da paixão”, marcada pelas interdições culturais e pela ambivalência. É nessa disparidade adulto/criança que o autor situa a confusão de línguas e o fator traumático que incide na formação do aparelho psíquico. Um amor excessivo ou castigos exagerados e sem razão dirigidos às crianças por seus familiares podem também ser atos que correspondam a um abuso.

A violação de uma criança, seja de que ordem for, significa a transgressão de um tabu, uma lei fundamental da cultura. Ao fazer isso, o adulto abandona a criança a uma realidade cuja ordem foi quebrada, e ela não pode mais buscar nele (adulto) confiança. A confusão de línguas é, então, a confusão de leis, pois aquele que devia ser o mediador da recepção das leis sociais pela criança, passa a ser aquele que nega essa mesma lei.

Ferenczi, ao utilizar a “linguagem da ternura” própria da criança e a “linguagem da paixão” referida aos adultos, nos provoca a pensar como o sexual se constrói nessa interação de sentidos, que permite ao sujeito desejar e discriminar, em meio à turbulência pulsional, os impulsos que o constituirão como ser humano entre seus semelhantes.

A “linguagem da paixão”, submetida ao recalque e à culpa no adulto, invade e destrói a alma da criança, impedindo que ela possa aceder à polissemia do desejo. Nesse aspecto, Pinheiro em muito nos esclarece:

O que se passa no trauma [na confusão de Línguas] é que o adulto interdita à criança não apenas as palavras, como também a possibilidade de ambiguidade, de múltiplos sentidos; são palavras destinadas a ficarem enclausuradas, desprovidas de polissemia, tornando-se representações proibidas de fantasmática (PINHEIRO, 1995, p. 77).

Essas palavras que não podem ser elaboradas pela fantasia provocam uma espécie de terror e congelamento, suscitando no sujeito modos de funcionamento mais arcaicos (FERENCZI, 1919/2011).

Ainda em seu trabalho de 1933, Ferenczi destaca os efeitos de traumatismos experimentados a partir da ocorrência de uma violação. O autor usa como paradigma duas situações extremas de violência: o abuso sexual e as punições passionais. Na ocasião dessas violências, afirma Ferenczi, a criança sente brusco desprazer e medo intenso. Pela impossibilidade de reagir à força e à autoridade do adulto, com quem, além de tudo, mantém um vínculo, a criança acaba por “*submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesma (...)*” (FERENCZI, 1933/2011, p. 117, grifos do autor).

Diante da figura de autoridade e tendo o seu ego pouco estruturado, a criança não reage, apresentando-se passiva ao outro, ocorrendo a perda de seus limites e uma paralisação, dividindo-se violentamente em diversas

unidades. O sujeito traumatizado, impedido de agir pelo terror, passa a esperar que cuidem dele, sua memória de ação sobre o mundo se torna limitada. Para Ferenczi, essa paralisia diante da incessante invasão de estímulos é um atentado marcante e profundo que compromete a identidade narcísica da criança. Em suas palavras:

As crianças sentem-se física e moralmente sem defesa, sua personalidade é ainda frágil demais para poder protestar, mesmo em pensamento, contra a força e a autoridade esmagadora dos adultos que a emudecem, podendo até fazê-las perder a consciência (FERENCZI, 1933/2011, p. 117).

Este é o retrato da criança na cena traumática: ocorre esta vivência de passivação que cala inclusive o pensamento, de forma que não ocorre nem o reconhecimento da violência enquanto tal, e, conseqüentemente, nem a possibilidade de elaboração. Ferenczi fala do “medo intenso” que toma a criança apassivada e supera qualquer recurso defensivo. O medo aqui, capaz de fazer perder a consciência do outro e de si mesma, contém um sentido de desamparo absoluto – ao qual a criança é radicalmente lançada. Diante deste choque e da impossibilidade de defesas ativas, restam apenas as defesas passivas primárias: rendição, perda de consciência, “abandono” de partes de si mesmo, desagregação.

O mito do trauma ferencziano destaca-se pela ocorrência de um ato sexual violento, como dito acima, praticado por um adulto contra uma criança e na maneira pela qual a criança, na busca de compreender o que se passou, narra o evento a outro adulto, que a desmente. Tal mito envolve três personagens: dois adultos e uma criança e divide-se em dois momentos: o primeiro refere-se à confusão de línguas, descrita acima. Trata-se de paixão, descontrole e transformação da fantasia em realidade, gerando uma paralisia na criança diante da incessante invasão de estímulos, impedindo a espontaneidade e a atividade do pensamento. No plano físico, há uma completa exaustão do tônus muscular e no plano psíquico, uma dissociação (FERENCZI, 1933/2011).

Diante disso, a criança irá à procura de outro adulto que possa dar sentido ao que não faz sentido, sendo este o segundo momento. Após o choque causado no embate com o meio externo, a criança procura integrá-lo com a ajuda de outro adulto, voltando-se a ele na tentativa de ligar a experiência disruptiva. Esse adulto, não suportando o relato da criança, a desmente, afirmando que o relato da criança

não passou de uma fabulação infantil. É esse desmentido o que torna impossível a introjeção. Este não reconhecimento das impressões oriundas do choque impede o registro e a ligação psíquica. Em outras palavras, se os adultos investidos pela criança recusam o fato ocorrido, se não legitimam a percepção da criança de ter sido abusada, compondo o que Ferenczi chamou de desautorização da percepção, a criança fica impedida de simbolizar a experiência.

Dessa forma, aquilo que ela viveu sequer é reconhecido como tal, uma vez que opera o mecanismo de recusa da realidade na família. A própria criança, vítima do abuso, passa a duvidar se o trauma (evento) aconteceu ou não. Sua percepção sofre um ataque que impede o acesso ao simbólico. A função de suporte da introjeção seria muito importante para a criança, pois é o adulto que lhe permite “a colocação em palavras”, condição necessária para o acesso às representações de palavra (PINHEIRO, 1995).

Como podemos observar, a noção de desmentido utilizada por Ferenczi remete a uma espécie de refutação a partir da tentativa da criança de contar o trauma, sendo desmentida pelo adulto. É algo que se passa intersubjetivamente, ou seja, entre duas pessoas; o desmentido não é um mecanismo interno. Nestes termos, a criança descrita por Ferenczi sofre uma ação e é acusada injustamente de que o que sofrera de fato não aconteceu. Aqui, estamos considerando que o ambiente não oferece elementos para a ligação e significação das impressões, ou seja, recusando a realidade do ocorrido, não legitima as sensações e percepções do sujeito e acarreta um novo choque, que irá compor definitivamente o trauma.

Kupperman (2019), com um olhar atento, apresenta contribuições originais sobre o mecanismo de *Verleugnung* (traduzido por *desmentido* ou *desautorização*) desdobrando-o em três tempos: o tempo do indizível, o tempo do testemunho e, finalmente, o tempo do desmentido. O autor nos oferece subsídios referentes à noção freudiana de *Verleugnung* e de como Ferenczi a desloca para o campo relacional, o que nos permite pensar na dimensão social e política do trauma. Kupperman ainda vai além, relacionando a cada um dos tempos do trauma, princípios de uma ética do cuidado na Psicanálise: hospitalidade, empatia e saúde do analista. O primeiro tempo, que corresponde ao indizível:

requer do psicanalista a *hospitalidade* necessária para o acolhimento daquele que não consegue enunciar em palavras as experiências determinantes do seu sofrimento; já o *tempo do testemunho* exige do psicanalista a *empatia* que lhe permitirá escutar, sentir e testemunhar a dor emudecida pelo analisando; finalmente, o *tempo do desmentido* reivindica do psicanalista a *saúde* imprescindível para que possa oferecer sua presença sensível diante do horror imposto pela repetição traumática (KUPPERMAN, p. 100, grifos do autor)

Pinheiro (1995) considera que a originalidade da teoria do trauma em Ferenczi se deve ao fato de o traumático se sustentar na ideia do desmentido, elemento que representa um fator fundamental para que o evento venha a se constituir como desestruturante. Nesta perspectiva, a desautorização da fala da criança por parte do adulto adquire para a criança um contorno essencialmente traumático e destrutivo. É interessante também pensarmos no termo *desautorização*, pois enfatiza a dimensão de desapropriação subjetiva promovida no sujeito em estado de vulnerabilidade pelo encontro traumático.

Assim, a traumatogênese é intersubjetiva e não intrasubjetiva, pois para Ferenczi a violência sexual em si não aparece como fator traumático, mas sim como prova real do evento, que tem como consequência a identificação com o agressor, pois em vez de reação de recusa, ódio, repugnância ou resistência violenta, o sujeito identifica-se com aquele que o violenta.

Em outros termos, mais agressivo que a violência sexual é o desmentido, ou seja, “a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento (...) é isso o que torna o traumatismo patogênico” (FERENCZI, 1931/2011, p. 92). Diante do desmentido, a criança fica confusa e incorpora o sentimento de culpa do agressor, tornando-se clivada, culpada e inocente ao mesmo tempo. É mais seguro aceitar (no sentido de incorporar) o sentimento de culpa do agressor. Isto porque entrar em confronto com o adulto significaria a perda do objeto, e neste momento, isto equivale ao risco de aniquilamento, de despedaçamento psíquico. O que a criança prevê é o risco da morte física e psíquica. O desmentido ganha importância em razão do desamparo infantil, produzindo a desarticulação do sentido e a não inclusão de certas vivências em uma ordem associativa de significações (FERENCZI, 1931/2011, p. 84).

A situação descrita por Ferenczi (1933/2011) em sua reflexão sobre o trauma, como vimos acima, é a de uma criança que foi vítima de uma violência

sexual. Apesar de isto ser uma situação específica de violência, ele traz uma dimensão interessante para se pensar acontecimentos traumáticos em geral.

A própria compreensão do que aconteceu no momento do choque ser muito difícil, o sujeito sozinho não se sente completamente seguro para afirmar a realidade do que aconteceu, e necessita para isso do auxílio de pessoas de confiança. É através da relação com o outro que ele poderá se expressar sobre o ocorrido, ou seja, qualquer experiência sentida como violenta, que vai além da capacidade de compreensão e simbolização da criança, poderá, potencialmente, ser traumática, dependendo da resposta do ambiente.

Nesse sentido, podemos considerar as ideias acima descritas como um paradigma dos adoecimentos por passivação em geral. Nestes, observamos os sujeitos passivamente entregues, sem reação. Não se defendem, ainda que estejam imersos na mais pungente das dores: a agonia da própria morte psíquica.

Precisamos, portanto, reconhecer a função que o objeto cumpre neste processo; não podemos ficar apenas na descrição dos processos intrapsíquicos; é preciso pensar na interação destes com as respostas do ambiente, dos objetos edípicos. Estas transformações teóricas implicam mudanças na técnica, também pioneiramente propostas por Ferenczi, mas que atualmente vigoram frente aos impasses que as técnicas mais clássicas impõem aos sujeitos no embate com suas feridas narcísicas, mais do que com sua angústia de castração.

Para finalizar essas considerações acerca dos momentos do trauma, enfatizamos que a desagregação psíquica adviria quando, justamente, aquele que testemunha encontra o abandono, na forma da desautorização da sua tentativa de produzir uma versão própria para aquilo que foi vivido como injúria. Os efeitos mais nefastos do traumatismo são, portanto, o comprometimento da convicção das próprias percepções e a anestesia da afetividade, que tornam a subjetividade refém da unidimensionalidade dos imperativos veiculados culturalmente, automatizada e incapaz de qualquer pensamento crítico.

1.2 OS PACIENTES APASSIVADOS

As elaborações teóricas de Ferenczi se dão a partir de sua clínica. São seus pacientes que o mobilizaram a formular hipóteses, testá-las e, caso tenha sido necessário, abandoná-las e buscar novas compreensões, como o próprio

autor nos diz em diversos momentos de sua obra (FERENCZI, 1932/2011). Sua clínica tinha uma especificidade importante: ele se dedicou aos designados “pacientes difíceis” (FERENCZI, 1931/2011). Estes que, até então, apresentavam dificuldades em cumprir a regra da associação livre, sonhar, cometer atos falhos conforme preconizados pela técnica psicanalítica eram considerados não analisáveis, pois seus tratamentos fatalmente caminhavam rumo à estagnação e à completa improdutividade.

Se naquela época estes pacientes eram difíceis e, portanto, considerados inanalísáveis, hoje eles ocupam uma posição privilegiada na clínica e nas pesquisas psicanalíticas. A maior ênfase de Ferenczi, como já dissemos, está nos traumas precoces – termo sugerido pelo próprio autor. Neste sentido, seu estudo referente ao trauma é uma herança e um legado fundamentais para a Psicanálise na atualidade que, longe de afastar estes sujeitos, considerando-os impossíveis de serem analisáveis, os compreende como um desafio que vale a pena ser enfrentado para dar conta de modalidades de padecimento psíquico com as quais nos deparamos na clínica hoje.

O trauma precoce e suas rupturas radicais provenientes de falhas ambientais deixam o sujeito entregue à própria morte, numa espécie de “defesa passiva”, como nos afirma Ferenczi (1931-1932/2011). Aqui, o pressuposto fundamental é o da esgotabilidade dos recursos psíquicos defensivos, ou seja, os traumas precoces são vivências de ruptura tão radical, que operam um extermínio das capacidades de defesa e resistência, não havendo possibilidade de fuga e nem de ataque. O indivíduo é apassivado pelo agente traumático, restando a ele “deixar-se morrer”. Como efeito disso, partes do seu psiquismo morrem.

O que caracteriza estes pacientes é a “desistência” da vida e da busca de sentido nos atos da vida. Estamos nos referindo a uma modalidade de adoecimento psíquico em que o entorpecimento, a inércia, a anestesia e a paralisia, o vazio, o senso de futilidade e o tédio da morte, ou da “morte em suspensão” ocupam o centro da cena. São pacientes que parecem ter perdido o gosto pela vida porque, na verdade, mal puderam experimentá-la. O traumático aqui equivale a ficar entregue, rendido à própria pulsionalidade mortífera, por falta de um ambiente ativamente amoroso e capaz de se opor à tendência regressiva ao inerte.

Consideramos traumatizados esses pacientes que não tiveram um ambiente capaz de conter, transformar e até certo ponto satisfazer as demandas pulsionais às quais haviam sido expostos. De acordo com Cintra (2019, pp. 242-243), “são pacientes traumatizados os que se recolhem a um sistema fechado em vários níveis que podem ir desde casos *borderline* até os psicóticos mais graves”. Estes estão sujeitos a agonias impensáveis e terrores sem nome, devido aos desajustes nas trocas iniciais com seu ambiente, sofrendo pelo excesso, falta ou inadequação da comunicação com o meio. Eles parecem estar desconectados de seu próprio discurso, de tal maneira que a fala é usada sem nenhuma apropriação subjetiva. Nesse sentido, há a sensação de uma ruptura entre o sujeito e o mundo; somando-se a isto, o sujeito é anulado, sobrando apenas um mundo a ser relatado.

Para Ferenczi (1934/2011), tais pacientes estão, ainda que parcialmente, situados no universo da psicose, quando consideramos os sintomas que eles apresentam: reações agressivas, esquivas, clivagens do Eu. A denominação ferencziana de pacientes “difíceis” está relacionada aos modos de funcionamento psíquico fundados sobre mecanismos de retraimento/desinvestimento ou clivagem.

Ferenczi nos dirá que a criança renuncia ao próprio Eu, desistindo de si mesma, como um animal que se finge de morto para escapar das impressões subjetivas da agressão (FERENCZI, 1932/2011). Este movimento é tão intenso, que o autor concebe que a criança deixa de até mesmo *existir* neste momento. Esta verdadeira anestesia anímica que é realizada pelo psiquismo diante do trauma, como acabamos de ver, cumpre a sua função defensiva, uma vez que é assim que a criança consegue sobreviver ao excesso que a invadiu. No entanto, o custo disto é alto: o Eu inicia uma *tentativa* de desintegração, mas que é inibida pela pulsão de vida ou de autoconservação, como Ferenczi (*ibidem*) concebe em suas anotações, a título de hipótese, e então se inicia um processo de reconstrução egoica, cuja resultante será a consolidação de uma estrutura narcísica fragmentada.

Façamos um parêntese para esclarecer esse modo de defesa radical e precoce para lidar com a repentina e intolerável experiência traumática: a clivagem. Como destaca Pinheiro (1995), encontramos o termo *clivagem* desde o início dos estudos psicanalíticos para designar cisões no aparelho psíquico,

podendo apresentar-se com moldes, funções naturezas diversas, mas há o ponto em comum, que é a divisão.

Neste caso, em que a clivagem do trauma é fruto do desmentido (PINHEIRO, 1995), há um grande empobrecimento do ego devido à ruptura subjetiva e ao gasto de energia para manter o elemento traumático longe do resto do psiquismo e, principalmente, devido aos danos causados pelas marcas deixadas no psiquismo que não podem ser representadas. Assim, todo funcionamento psíquico fica comprometido devido a esse modo de defesa abalar a capacidade de representação.

O trauma desestruturante isola o indivíduo e o conduz à clivagem, pois o choque atinge o psiquismo despreparado e age como um anestésico, (...) Se a perturbação é violenta demais, portanto, traumática, e não acompanha o ritmo progressivo, segundo o qual o organismo foi outrora estruturado, produz-se uma 'desintrincação' imperfeita das pulsões do organismo (FERENCZI, 1934/1992, p. 113).

A clivagem, como efeito do trauma, representa um dilaceramento da vida subjetiva, em que uma parte do eu precisa ser destruída para que outra possa sobreviver e assim se manter: a resposta é um corte na própria subjetividade, a fim de conter uma dor insuportável.

A clivagem acarreta a estranheza dos sentimentos e o não reconhecimento do que lhes é próprio, caracterizando no discurso desses sujeitos o uso da terceira pessoa do singular, como veremos, por exemplo, no caso Robbie, ilustrado nesta pesquisa. Através da fala impessoal podem falar de si, a partir de uma exterioridade, como sujeitos observadores que narram os fatos sem se apropriar dos sentimentos e das sensações. Para esses sujeitos só existe o registro do tempo presente, não existe a possibilidade de deslizamento pelo tempo. Estão limitados a ele porque para transitar entre o tempo passado e o tempo futuro se faz necessária a constituição de uma rede fantasmática rica de sentidos.

Esses pacientes parecem ilustrar a atualização de um perigo primitivo, o perigo de vida, de aniquilação, anunciando muitas vezes uma sensação de "desespero" e "em risco de morte psíquica" (ALVAREZ, 2020, p. 72). Nesses casos, o sujeito é submetido a traumas graves e precoces; ele exhibe sinais de que algo de seu psiquismo está congelado, torna-se sobrevivente ou um mero zumbi, acompanhado de uma tendência a estabelecer um vínculo e uma

comunicação de natureza bastante primitiva. São casos que denotam uma aversão à vida, nos quais o/a paciente parece fadado/a a afastar-se da própria vida e a atingir um estado de “não ser”; casos que apresentam uma paralisia da espontaneidade; pacientes que se sentem à margem da própria existência, que vivem uma vida mortificada, por assim dizer. Todas estas problemáticas convergem no sofrimento de uma vida paralisada e no prejuízo do fruir da criatividade.

A clivagem a qual nos referimos não é a clivagem própria à defesa esquizoparanoide kleiniana, em que bom e mau são cindidos. Ferenczi nos apresenta algo mais profundo e mais radical: a separação que se opera está entre o vivo e o morto. Uma parte do *self* foi aniquilada, foi morta pelo choque e, para compensá-la, surge uma outra, que pode ser ou não, viva, operante e adaptada.

Entendemos, que nessas circunstâncias, a falta de vitalidade foi a única saída possível neste momento. Diante dessas situações, é importante e necessário que o analista propicie uma experiência viva e vitalizante no encontro analítico. Essa tarefa pode ser ainda mais complicada em alguns casos, tendo em vista que eles lutam para manter suas organizações protetoras rígidas, mesmo que o preço seja alto.

1.3 A CLÍNICA FERENCZIANA DIANTE DA PRECOCIDADE DO TRAUMA

Devido à dificuldade de Ferenczi diante de pacientes precocemente traumatizados, o psicanalista passou a dedicar-se a experimentações clínicas que viabilizassem a análise desses casos. De acordo com Kupperman (2019), o ponto de partida de Ferenczi foi a inquietação, ainda que intuitiva, dos efeitos não esperados da Psicanálise. Após constatar que a clínica, da forma que era praticada em meados de 1910, “poderia reforçar a identificação com o agressor atualizado na figura do analista, isto o levou primeiro à técnica ativa e, depois, à criação do que nomeamos de *estilo empático*” (KUPPERMAN, 2019, p. 97, grifos do autor). Vejamos como se deu este percurso.

Paralelamente ao estudo sobre o trauma, Ferenczi (1919/2011) propôs uma nova técnica, denominada por ele de técnica ativa. O desenvolvimento de tal técnica seria, para ele, fundamental para a clínica dos pacientes traumatizados, tendo em vista que estes trazem consigo a ausência – ou presença falha – de seus objetos primários, sendo essa ausência ainda percebida na atualidade, o que justificaria as

repetições ligadas ao trauma (FERENCZI, 1934/2011). É diante dessa ausência que o analista tem de assumir uma posição acolhedora, de uma figura que desempenhe um papel materno, como ele aponta no início do desenvolvimento de sua técnica ativa (FERENCZI, 1919/2011).

A técnica ativa (FERENCZI, 1919/2011) consistia na adoção de intervenções diretas no tratamento de seus pacientes, presentes, por exemplo, através de gestos de ternura e afeto dirigidos aos pacientes, ou através de recomendações e sugestões diretas a eles. Ferenczi (1919/2011) afirmava que o enquadre clínico era traumático por natureza, uma vez que expunha o sujeito às revivências de seus afetos e conflitos. Nesse contexto, o analista poderia escolher se manteria o enquadre um ambiente não acolhedor e traumático, ou buscaria transformá-lo num ambiente acolhedor e facilitador dos processos complexos de seus pacientes.

No artigo “Prolongamento da ‘Técnica Ativa’ em Psicanálise” (1921/2011), o autor comunica que desde o início o psicanalista tem que desempenhar um papel ativo, como podemos acompanhar:

Desde a introdução por Freud da “regra fundamental” (a associação livre), os fundamentos da técnica psicanalítica não sofreram qualquer modificação essencial. Sublinharei desde já não ser esse tampouco o objetivo de minhas propostas; pelo contrário, sua finalidade era e continua sendo colocar os pacientes em condições de melhor obedecer à regra de associação livre com a ajuda de certos artifícios e chegar-se assim a provocar ou a acelerar a investigação do material psíquico inconsciente (FERENCZI, 1921, p. 109).

No entanto, ao longo desse ensaio, o autor defende o uso da técnica ativa apenas em alguns casos e em momentos de estagnação durante o processo analítico, para que então o analista possa retomar “o mais depressa possível à atitude de receptividade passiva que cria para o inconsciente do médico as condições mais favoráveis a uma colaboração eficaz” (FERENCZI, 1921/2011, p. 109). Ferenczi compreendia que a “atividade” não era uma novidade no tratamento psicanalítico, mencionando que no método catártico “o médico esforçava-se por despertar as lembranças ligadas aos sintomas e, com esse propósito, apelava para todos os recursos que se lhe ofereciam os processos de sugestão hipnótica ou em estado vigil” (FERENCZI, 1921/2011, p. 110). Da mesma forma, a interpretação “constitui uma intervenção ativa na atividade

psíquica do paciente, orienta o pensamento deste numa certa direção e facilita a emergência de ideias que, de outro modo, a resistência não teria deixado ingressar na consciência” (ibidem).

Entre as situações clínicas relacionadas à técnica ativa, podemos destacar o problema de submissão, em que o analista atribuía tarefas aos pacientes, fazendo o uso da autoridade com o propósito de aumentar a tensão do paciente para que surgisse um novo material. O psicanalista húngaro, no entanto, percebeu que esses pacientes se mostravam estranhamente submissos diante dos deveres solicitados. A partir disso, ele constatou haver uma relação feita pelo paciente entre o analista e o agressor do paciente traumatizado, levando-o a concluir que isto não produzia mudanças efetivas (PINHEIRO, 1995). Ou seja, os excessos de atividade da técnica, que poderiam inclusive ser “justificados” teoricamente pelo analista (o que em determinadas situações não seria muito diferente de um desmentido), agiam como verdadeiras intrusões retraumatizadoras, operando tal como vimos anteriormente: desligando, desvitalizando, estacionando a situação analisante.

Em um complexo contexto como este, e na melhor das hipóteses, o paciente interrompe a análise. Porém, se tratando destes casos, estes pacientes poderiam seguir na análise, conformando-se com este cenário e sendo retraumatizados pelo analista. Foi isso que Ferenczi sabiamente percebeu. Mesmo quando ocorriam, ainda que raras, críticas a ele (insensibilidade, frieza, egoísmo etc.), sendo estas ao final da sessão, suas interpretações eram aceitas com impressionante docilidade. O psicanalista, então, suspeitou que mesmo os mais dóceis deviam sentir em segredo grande ódio e cólera, ou seja, a suposição de afetos em atividade e não reconhecidos pelo paciente em relação a ele, o que o fazia insistir para que fossem admitidos pelo paciente. Entretanto, sua tentativa não foi bem-sucedida e pouco a pouco ele foi percebendo que a docilidade destes pacientes estava associada a uma acurada sensibilidade aos desejos e estados de humor do analista, ainda que este próprio não estivesse cômico destes conteúdos. Compreendeu então que:

Em vez de contradizer o analista, de acusá-lo de fracasso ou de cometer erros, os pacientes identificavam-se com ele. Somente em momentos excepcionais de excitação histeroide – ou seja, num estado quase inconsciente – é que os doentes podem reunir suficiente coragem para protestar. De hábito, eles não se

permitted nenhuma crítica a nosso respeito (FERENCZI, 1932/2011, p.113).

Identificados com o analista, estes pacientes são extremamente submissos, dizem concordar com nossas interpretações, podem ser especialmente gentis, parecem aceitar todas as nossas condições e o que for necessário para não nos desagradarem. São pacientes que cuidam muito bem para não nos darem “trabalho” (psíquico), a ponto de quase passarem despercebidos, não fosse pelo fato de que, apesar de toda a aparente transferência positiva, eles não melhoram.

Mas se não se trata de resistências ativas por parte do paciente (e em vez delas, docilidade e submissão, atenção perspicaz aos nossos desejos, humores, simpatias e antipatias, e um cuidadoso empenho em não nos desagradar), então Ferenczi (1932/2011, p.113) sugere que podemos estar diante de “resistências não desprezíveis, não as do paciente, mas as nossas próprias resistências”. As nossas próprias que, em conluio com o adoecimento do paciente, podem estar configurando uma contratransferência tirânica e opressora, agravando ainda mais o quadro todo ao reproduzir o mau acolhimento ambiental primeiro, que estaria na origem do adoecimento. Dessa forma, ao longo da experimentação dessa técnica, o autor começa a perceber um agravamento em certos pacientes, delimitando, assim, alguns casos em que seu uso é contraindicado, quando em 1926 publica o artigo “Contraindicações da técnica ativa”, assinalando o fim desse período e dessa técnica.

Para concluir, é possível afirmar que, a partir desses experimentos clínicos – percepção dos riscos e da ineficácia clínica do uso da autoridade na atividade do analista, bem como a valorização da repetição e das experiências vividas [*Erlebnisse*] no trabalho analítico – uma trilha de investigação clínica vantajosa se inicia e resulta na proposição da elasticidade da técnica analítica (FERENCZI, 1928c/2011), a partir da permanência do questionamento de como esses pacientes com quadros clínicos graves poderiam se beneficiar.

Sándor Ferenczi escreve três trabalhos muito importantes que marcam sua virada clínica e teórica: “A adaptação da família à criança” (1928a/2011), “O problema do final de análise” (1928b/2011) e “Elasticidade da técnica” (1928c/2011), trabalhos fundamentais que refletiram a contínua remodelação de sua proposta clínica e o permanente questionamento a respeito do lugar do analista.

Ferenczi, em “Elasticidade da técnica analítica” (1928c/2011), extrai as consequências clínicas de sua perspectiva ambientalista, ou seja, sua importância no ambiente/ cuidadores. Kupperman (2019) sintetiza o argumento de Ferenczi de que não é o analisando que tem que se adaptar à técnica psicanalítica que até então defendia o tripé: associação livre, princípio de abstinência no tempo transferencial e interpretação. “O analista é que precisaria dispor da maleabilidade necessária para atender aqueles que até então eram considerados inanalísáveis” (KUPPERMAN, 2019, p. 91).

Ao abordar procedimentos técnicos e metodológicos referentes à clínica, Ferenczi (1928c/2011) retoma o tato clínico para, então, introduzir seu conceito de empatia (*Einfühlung*). O tato psicológico consiste em desenvolver certas capacidades guiadas pela sensibilidade do psicanalista: “saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, (...) quando se deve calar (...) e em que momento o silêncio é uma tortura para o paciente” (ibidem, p. 31). Em síntese, o autor declara “O tato é a faculdade de ‘sentir com’ (*Einfühlung*)” (FERENCZI, 1928b, p. 31).

A partir dessa proposição, Ferenczi traz para a cena clínica a dimensão afetiva como um processo intersubjetivo. Abandonando a ideia de intervenção ativa, Ferenczi propõe concentrar sua atenção sobre o que o paciente parece esperar de seu analista, tendo como objetivo tornar sua técnica suficientemente flexível.

Neste contexto, o analista, sem perder de vista o rigor do fazer analítico, deve ceder como uma “tira elástica” às tendências do paciente, ou seja, o analista deverá resgatar o princípio de liberdade (*laisser-faire*) do paciente sem, no entanto, abandonar a tração. Foram especialmente pacientes regredidos/as, ou que atingiam processos psíquicos primitivos de indiferenciação, ou com barreiras drásticas na conquista e estabelecimento da confiança, ou ainda excessivamente obedientes e pacientes que demonstravam uma desesperança quanto ao valor da vida que levaram Ferenczi a ponderar o que fora nomeado por ele de “elasticidade da técnica”.

De acordo com minhas tentativas de “elasticidade” da técnica analítica, relatadas em outro artigo, nesses casos de diminuição do prazer de viver, vi-me pouco a pouco na obrigação de reduzir cada vez mais as exigências quanto à capacidade de trabalho dos pacientes. Finalmente, impôs-se uma situação que só pode ser assim descrita: deve-se deixar, durante algum tempo, o paciente

agir como uma criança, o que não deixa de assemelhar-se à “preparação para o tratamento” que Anna Freud considera necessária numa análise de criança. Por esse *laisser-faire* permite-se a tais pacientes desfrutar pela primeira vez a irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo. Somente mais tarde é que se pode abordar, com prudência, essas exigências de frustração, que, por outro lado, caracterizam a nossa análise. Mas essa análise, como toda e qualquer outra análise, também deve terminar pela eliminação das resistências que inevitavelmente desperta, e pela adaptação à realidade rica em frustrações, mas completada também – devemo-lo esperar – pela faculdade de desfrutar a felicidade onde ela realmente é oferecida (FERENCZI, 1928b [1927-1933], p. 60).

Na especificidade da proposição ferencziana do *laisser-faire*, nota-se a possibilidade de “induzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo” (FERENCZI, 1928b, p. 59). Parece que Ferenczi propõe, então, que a relação clínica pode, além de reconhecer e testemunhar, possibilitar e/ou facilitar o estabelecimento da esperança na existência, como um novo chamado à vida, na esperança de que a parte morta do paciente, agora acolhida pelo analista, possa partir do não-ser à vida. E ainda que não esteja ao nosso alcance (e nem nos caiba) prover tudo o que faltou ao paciente, “só o fato de que possamos vir em sua ajuda já proporciona o impulso para uma nova vida” (FERENCZI, 1934/2011, p.135), pois inscreve a companhia hospitaleira do analista como diferença e novidade.

Esse ponto é muito importante, pois é passível de ser discutido sob o prisma da situação de que o/a paciente precisa, antes, ter algo a perder para então adquirir a capacidade e a possibilidade de desenvolver mecanismos que o/a auxiliem a suportar e manejar as perdas e separações que a vida traz, não significando-as e vivenciando desesperadamente como a perda da própria vida.

Segundo Ferenczi, a elasticidade não equivale a uma ausência de tração, diz respeito a se colocar “no diapasão do doente”, sentindo com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mantendo, no entanto, firme a posição ditada pela experiência analítica. É nesse aspecto que Ferenczi ressalta a singularidade de cada caso, alertando o analista para a necessidade de, em um momento ou outro, ter que modificar a teoria em vigor da dinâmica da clínica.

Progressivamente, o atributo “sentir com” vai sendo atrelado à necessidade de análise do analista como uma segunda regra fundamental, sem

a qual o processo analítico se tornaria inviável, pois como saber quais os limites atribuídos à técnica da elasticidade? Esse procedimento analítico leva Ferenczi a reformular certas concepções sobre o tipo de trabalho necessário ao psicanalista. Convém sublinhar que a qualidade do “tato” não se refere a um dom específico, ao contrário, trata-se de uma qualidade desenvolvida por qualquer analista a partir de sua própria análise. O autor (1928b/2011) esclarece, também, que a ideia de tato psicológico não se aproxima de um aspecto místico da Psicanálise, muito menos de um abandono do rigor do fazer analítico, tentando se precaver antecipadamente quanto a um desvirtuado uso dessas noções.

Nesse aspecto, a noção de “tato” ou “sentir com” permite a aproximação entre analista e analisando como uma condição para a prática clínica, na qual a “hipocrisia do analista” e a posição de “conforto” são incabíveis ou mesmo inaceitáveis. Pinheiro (1995, p. 111) descreve: “O tato é uma distância justa, nem a mais nem a menos, um poder ‘sentir com’ sem ‘ser como’. O conceito de tato torna-se fundamental para a compreensão de sua proposta técnica (...)”. Assim, o “tato” assume seu papel de medidor da relação analítica, instrumento que “afina” os movimentos de comunicação, silêncio e atuação no *setting*, possibilitando a ampliação da relação analítica, tornando-a mais fluida e intersubjetiva.

Dessa maneira, o lugar do analista na elasticidade da técnica é o espaço da autenticidade, do criar, e por que não dizer, do brincar, uma vez que o analista oferece condições para que o indivíduo possa valer-se do lúdico para se comunicar. Propomo-nos a dizer que a fluidez da técnica apresentada por Ferenczi seria, de acordo com o autor, capaz de romper com a rigidez caraterial. Nesse aspecto ele ressalta:

Se a análise deve ser uma verdadeira reeducação do humano, deve-se, com efeito, remontar na análise a toda formação do caráter do ser humano, o qual, quando do recalçamento pulsional, constituiu-se como automatismo protetor, retrocedendo até seus fundamentos pulsionais. É necessário que tudo volte a ser fluido, por assim dizer, para que em seguida, a partir desse caos passageiro, uma nova personalidade mais bem adaptada possa constituir-se em condições mais favoráveis (...). De fato, a dissolução da estrutura cristalizada de um caráter é apenas, a bem dizer, uma transição para uma nova estrutura certamente mais adequada, em outros termos, uma recristalização (FERENCZI, 1928b/2011, p. 21).

A progressiva maleabilidade técnica apresentada por Ferenczi foi sendo desenvolvida a partir da necessidade de seus pacientes, que foram encontrando, nesse espaço, condições de expressar e vivenciar seus afetos a partir do acolhimento do mais infantil e do mais regressivo que se apresentava na cena clínica, o que lhes conferiu a possibilidade de criar sentidos para suas experiências de vida, outrora severamente comprometida. O autor evidencia, deste modo, a relação de poder exercida entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, chamando atenção para a importância vital de uma postura ética na clínica, a fim de que possa ser estancada a violência intrusiva.

Para os pacientes precocemente traumatizado e em estados variados de morte psíquica, ou seja, apassivados, seria preciso, efetivamente, “introduzir impulsos positivos de vida e razões para se continuar existindo”, como vimos acima. Ferenczi (1932/2011, p. 115) atenta-se à necessidade de estratégias da reanimação da parte morta do psiquismo, mas nos ensina que reanimar, nestes casos, não equivale a “sacudir” ou “gritar” com o defunto, ordenando-o que desperte. Ao contrário, o cuidado que se requer é da mesma ordem da delicadeza com que tratamos os recém-nascidos “valor, meu bebê, rola por terra [...]” (Ferenczi, 1932/2011, p. 115). Trata-se de escutar e responder empática e vivamente as mais incipientes manifestações da vida psíquica que ainda subsistem.

A postura proposta pelo autor permitiu um “alargamento” do fazer analítico, o que ampliou e tornou suas considerações de extrema importância para estes sofrimentos, que hoje não são mais a exceção. Não existe “paciente ideal”, mas pensamos que podem existir analistas capazes de se despojar de seu próprio narcisismo para se constituir a cada momento a partir da relação a ser estabelecida com seus pacientes, uma relação verdadeira e singular, mantendo, é claro, o ponto de tração necessário, a fim de não se perder nesse “encontro”. Ou seja, para Ferenczi, o trabalho clínico convoca o analista em sua totalidade: ele é requisitado em sua dimensão mais humana, a partir do seu saber, do seu sentir, dos seus afetos e do seu próprio corpo, mesmo quando opera a partir da associação livre.

Aproveito para ressaltar que Ferenczi foi um autor que não renunciou ao uso das regras técnicas fundamentais da análise: a regra da associação livre, a regra da abstinência, a manutenção do *setting* e a análise do analista. E sim, que seu trabalho representou uma ampliação ao destacar a elasticidade do manejo

na transferência e não uma negação do que havia sido desenvolvido em termos de técnica em Psicanálise. A elasticidade da técnica, a presença do analista, sua sensibilidade e o uso da contratransferência trouxeram grandes avanços para o manejo clínico, sobretudo, para os pacientes mais comprometidos em sua subjetividade. Por manejo clínico, destacamos os aspectos de manutenção do *setting*, ou seja, a regularidade do espaço analítico, a continuidade das sessões e a permanência do analista diante dos afetos de amor e de ódio.

Para Kupperman (2019), os estilos de Freud e Ferenczi não se contrapõem um ao outro, tendo em vista que Freud decerto não deixou de dar a importância à empatia, assim como Ferenczi não abandonou o instrumento interpretativo. O autor refere-se às diferenças mais como ênfases ou privilégios diferentes do que a própria oposição, ainda que em determinadas situações clínicas, a ênfase faça bastante diferença.

Podemos ver que suas ideias e propostas relativas à técnica não se limitavam a uma elaboração de um conjunto de regras visando o aperfeiçoamento técnico do trabalho analítico; entendemos que Ferenczi se preocupou principalmente em oferecer ajuda e uma escuta sensível, empática e viva diante desses sujeitos tomados pela morte, nos quais a vida em potencial teria sido suprimida. Isto significa que as condutas propostas por ele buscavam encontrar tais recursos na pessoa do analista, salientando a importância da capacidade de tato e empatia em todo psicanalista.

CAPÍTULO 2 – DONALD WINNICOTT

“A teoria psicanalítica está em permanente desenvolvimento, e deve desenvolver-se num processo natural e um tanto semelhante às condições emocionais do ser humano que esteja sendo estudado.”
(WINNICOTT, 1988, p. 46)

Neste capítulo o leitor encontrará as contribuições de Donald Winnicott, autor que se interessou pelo estudo dos aspectos mais precoces da constituição subjetiva e quais as possíveis consequências de falhas no âmbito da participação da alteridade neste processo. Sua clínica, composta basicamente por pacientes muito graves, dá relevo à função materna no início da vida, em especial aos aspectos não verbais que aí se fazem presentes.

Consideramos de suma importância a presença deste autor no presente trabalho, devido aos importantes desdobramentos teóricos de Winnicott na compreensão do trauma, levando em consideração o papel do objeto primário. Ao dar relevo às intrusões ambientais na etiologia dos adoecimentos aqui trabalhados, bem como às funções ativas do objeto externo na constituição narcísica, Winnicott (1952, p.165) segue a linhagem ferencziana do pensamento psicanalítico, como vimos na introdução deste trabalho, de acordo com Figueiredo e Coelho Junior (2021). É dele a célebre frase: “Isto que chamam bebê não existe” (Winnicott, 1945, p. 229), referindo-se à ideia de que não podemos imaginar um bebê só ou isolado, mas apenas no interior da relação de dependência absoluta de sua “mãe-ambiente”, com a qual forma a dupla amamentante.

Apesar de não encontrarmos na obra winnicottiana tantas menções a Ferenczi, mas muitas a Freud e Klein, ao lê-la rapidamente, reconhecemos a grande “inspiração” ferencziana em seu pensamento. Porém, há alguns pontos de diferenciação importantes e que conferem a Winnicott um lugar especial no interior desta matriz, como já indicamos na Introdução deste trabalho. Como vimos no capítulo anterior, a linhagem ferencziana, ao reconhecer adoecimentos por passivação, tem como pressuposto fundamental a ideia de esgotabilidade dos recursos psíquicos. Sendo assim, os traumas precoces teriam como consequência a perda fatal ou morte de partes inteiras do psiquismo.

Já em Winnicott, encontramos o que parece ser uma perspectiva mais esperançosa. Em vez de falar de partes do psiquismo que “morrem” com a apassivação dos traumas precoces, Winnicott preferirá termos como “congelamento”, “isolamento” ou profundo “retraimento”. Para ele, há algo muito singular e próprio ao mais íntimo e nuclear de cada sujeito, e este “algo” nunca morre inteiramente; antes, permanece oculto ou à espera. É o verdadeiro *self*, este que, mesmo no pior dos contextos, dará amostras de sua existência e sobrevivência, ainda que seja nos mais simples gestos, sempre singulares, como o bater do coração, o piscar dos olhos, o movimento de respiração e outras amostras básicas de alguma vitalidade.

Diante do breve exposto, o leitor encontrará como fio condutor deste capítulo contribuições para a compreensão referente aos desdobramentos de possíveis falhas ambientais vividos pelos pacientes em intenso sofrimento psíquico, ou seja, os pacientes apassivados. Adiante veremos os achados clínicos que indicam uma experiência de colapso vivida, porém não experienciada pelo Eu, isto é, em um momento muito precoce houve o trauma e, conseqüentemente, um absoluto colapso das defesas acompanhado da agonia impensável, restando uma vivência de colapso e de total passivação.

Porém, para o autor, há algo que sobrevive nestes pacientes e nisto consiste o árduo trabalho clínico que descreveremos ao final deste capítulo. Há o que fazer mesmo diante destes adoecimentos, insistindo na importância de manter um senso de vitalidade ao longo dos processos analíticos e terapêuticos como uma estratégia terapêutica necessária no tratamento de seus pacientes graves. Demonstraremos, neste espaço, a importância de Winnicott em ampliar a teoria psicanalítica e de seu interesse em aprofundar questões técnicas a partir de suas limitações diante das situações clínicas observadas em sua prática profissional. Pensamos ser um autor extremamente necessário que muito tem a nos dizer diante desses casos, um autor que, sem dúvidas, fez progresso nos estudos psicanalíticos.

2.1 PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES

Donald Winnicott foi um psicanalista e pediatra britânico que se tornou conhecido devido à excelência de suas contribuições. Como médico, Winnicott compreendia a posição da Medicina, que baseava a compreensão do adoecer

na anatomia e na fisiologia. No entanto, acreditou, ainda como clínico pediátrico, ser possível pensar em uma disciplina equivalente na área psicológica que preenchesse a lacuna na compreensão da origem do adoecer psíquico. O passo inicial de Winnicott nessa direção foi estudar a psicanálise freudiana, primeira ciência que, em sua opinião, desenvolveu uma teoria nesse sentido. Para ele, como afirma Dias, “a psicanálise freudiana operou, sem dúvida, uma superação das hipóteses organicistas da psiquiatria e das posições ambientalistas da psicologia acadêmica” (DIAS, 2017, p. 60).

Entretanto, não era objetivo de Winnicott desqualificar a contribuição da medicina psiquiátrica quando destacou a importância da teoria psicanalítica. Segundo ele, o modo de entender o adoecer introduzido pela teoria psicanalítica – diferente do conhecimento sob o qual a Psiquiatria sustentava suas ideias – ampliou o exame da natureza humana, pois a Psicanálise acrescenta uma nova possibilidade de compreensão da origem das doenças psíquicas. Foi a dupla experiência profissional, como pediatra e psicanalista, que abriu um outro universo de problemas para Winnicott. Além de atender crianças e adultos na clínica psicanalítica, ele manteve sua clínica pediátrica, na qual observava, agora sob um olhar psicanalítico, os bebês e suas mães. Nas duas experiências profissionais, muitas vezes se viu exposto a dificuldades sofridas por crianças, por vezes, bebês, cujo referencial teórico freudiano não permitia a compreensão e não apresentava respostas. Diante disso e baseado na análise de pacientes psicóticos regredidos, percebeu que boa parte dos problemas emocionais com os quais se deparava em sua clínica parecia encontrar sua origem em etapas primitivas do desenvolvimento humano. A partir dessa observação clínica, considerou importante aprofundar seus estudos nessa direção.

Winnicott é adepto da ideia de que há genes que determinam os padrões e as tendências herdadas para o crescimento e a aquisição da maturidade; esses processos inatos formam a base do desenvolvimento da criança, não só no que diz respeito ao desenvolvimento emocional, mas em relação ao crescimento fisiológico. O autor denomina o conjunto desses processos inatos tendência ao amadurecimento. No entanto, para essa tendência natural seguir seu curso e o desenvolvimento emocional se confirmar, são necessárias certas condições ambientais.

No âmbito do desenvolvimento emocional, de acordo com o autor, nada se realiza sem que haja um complexo entrelaçamento dessas tendências inatas com um ambiente facilitador. Em sua perspectiva, o ambiente é um conceito, que designa a mãe – ou o cuidador – e sua disponibilidade para com o bebê. Quanto mais inicial o estágio do desenvolvimento (incluindo aí o período pré-natal), mais significativa será a necessidade de um ambiente que proporcione essas condições. Guiando-se por esses pressupostos, Winnicott procura demonstrar o quanto a constituição do ser e a possibilidade de continuar a ser e existir são conquistas que dependem de condições ambientais apropriadas. Essas condições devem ser apropriadas não no sentido de serem mecânica e impessoalmente corretas, mas de serem as que favoreçam o acontecer da pessoa. Para tanto, precisam ser oferecidas de modo humano e pessoal por uma mãe que, desde a época anterior ao nascimento, esteja envolvida com a preocupação em cuidar de seu bebê. Podemos observar então a estreita relação entre o ambiente e o sujeito que cuida do bebê como representante do meio. A mãe não precisa ler livros e manuais sobre como ser uma boa mãe; a importância está em sua *presença viva* e seu amor pelo bebê de forma que ele o compreenda.

Porém, em referência ao papel do ambiente, Winnicott adverte que a importância desse não seja mitificada, pois o ambiente não faz o bebê crescer, nem determina o sentido do crescimento. O ambiente que se sintoniza com o bebê apenas facilita o desenrolar do amadurecimento e do desenvolvimento emocional deste e proporciona condições para que o bebê possa realizar as tarefas de cada estágio. Assim, na análise do sofrimento humano é fundamental levar em consideração vários fatores, entre eles, a hereditariedade, o ambiente e o sujeito. Nas palavras de Winnicott, “em um extremo há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente que apoia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo” (WINNICOTT, 1959-64, p. 125). Com essa afirmação, o autor também chama atenção para a capacidade do indivíduo de participar na criação, na modificação ou na manutenção do ambiente, ressaltando a capacidade do próprio sujeito de se curar, de se desenvolver e de amadurecer, apesar de uma falha ambiental.

Da mesma forma que as conquistas de um estágio do amadurecimento dependem das condições ambientais para serem alcançadas, a manutenção dessas conquistas também precisa da continuidade da provisão ambiental para

que sejam mantidas. Na ausência dessa provisão, isto é, quando o ambiente não pode, por alguma razão, manter a capacidade de adaptabilidade às necessidades da criança, as conquistas podem ser perdidas, e a consequência disso é um retrocesso ou paralisação no amadurecimento pessoal. Contudo, atenta Winnicott, nada impede que o desenvolvimento emocional seja retomado assim que essas condições de suficiência no atendimento às necessidades do bebê ou da pessoa se fizerem novamente presentes, seja na experiência pessoal de vida, seja em um processo analítico. A razão para pensar assim se origina na constatação de que, por princípio, nada do que acontece a uma pessoa é previamente definido e/ou definitivamente determinado. Vejamos a seguir sua teoria do amadurecimento pessoal.

2.2 TEORIA DO AMADURECIMENTO EMOCIONAL: UM BREVE CAMINHO

É a partir de sua experiência como pediatra e psicanalista que Winnicott construiu uma teoria do desenvolvimento emocional primitivo (WINNICOTT, 1945/2000) destacando elementos da relação mãe-bebê fundamentais e indispensáveis para o amadurecimento do ser humano dentro de um determinado contexto de provisão e cuidado. Neste percurso, baseou o processo de diferenciação do bebê em relação ao mundo externo, partindo da dependência absoluta, passando pela dependência relativa, rumo à independência (WINNICOTT, 1963). Ou seja, a partir de um estado inicial em que o bebê encontra-se totalmente fusionado ao ambiente, e, portanto, indiferenciado dele, até o reconhecimento da externalidade, possibilitando o relacionamento entre pessoas totais.

Winnicott procura destacar que existem pré-requisitos de amadurecimento para que uma pessoa possa sentir preocupação com os outros, pertencendo a um ambiente afetivo, e capaz de sentir culpa e se deprimir. De acordo com sua teoria, esses sentimentos são tomados em relação a um amadurecimento saudável, no qual uma criança encontra condições de conquistar as capacidades relativas a cada estágio. Por outro lado, quando as circunstâncias ambientais não são favoráveis, pode haver distorções significativas no processo de amadurecimento pessoal, comprometendo a simplicidade de se poder ter dois anos aos dois anos, dez anos aos dez anos e assim por diante. Poder experimentar a vida e assumir as responsabilidades de

acordo com a idade que se tem, refletindo uma harmonia existencial conquistada na relação com as pessoas e com a realidade externa, tornou-se a base do conceito winnicottiano de saúde e maturidade emocionais.

Como podemos observar, é a importância do ambiente para o desenvolvimento dos processos maturacionais que confere a Winnicott sua característica específica, a saber, a compreensão do bebê de forma não dissociada do ambiente, podendo sua posição teórica ser condensada em sua frase célebre, já citada neste trabalho: “Isso que chamam de bebê não existe” (WINNICOTT, 1952, p.165). Por esta frase, entende-se que não há como o bebê existir sem os cuidados maternos, sendo esta premissa o ponto nodal de sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo e o que confere a Winnicott um de seus diferenciais se comparado a outros autores. Isto não significa que teóricos anteriores, desde Freud, não tenham considerado o ambiente, porém a importância do ambiente não recebia tanta ênfase, não sendo necessário pensar suas vicissitudes e implicações para os primórdios da vida psíquica.

Destacamos também que a centralidade do Édipo, inquestionável até então, é minimizada por Winnicott por uma questão de foco ou ênfase. Não que o autor, por sua vez, não reconhecesse o lugar da trama edípica na teoria e prática analíticas, porém o atendimento a pacientes psicóticos e *borderlines* levaram-no a buscar nas raízes da constituição psíquica – ou nos estágios de pré-integração numa unidade individual – o suporte necessário à compreensão destes casos e seu manejo clínico para além da relação transferencial entre pessoas totais (em que a integração do ego é dada como certa), chegando até os estágios de indiferenciação do sujeito com o ambiente/ analista através da regressão em análise (WINNICOTT, 1954).

2.2.1 Os sujeitos apassivados e a possibilidade de um percurso

Vale lembrar, antes de darmos continuidade, que o foco deste trabalho está voltado para sujeitos que sofreram traumas precoces e tiveram como consequência partes do psiquismo “mortas” ou congeladas. Dito isto, ousamos sugerir que a partir de Winnicott, a origem desses adoecimentos talvez possa ser localizada no momento de apresentação da realidade e do mundo, que deveria ser apresentado pela mãe/ cuidador em pequenas doses, ao passo em que permita a ilusão inicial (onipotência). Porém, ao que parece, o ambiente

falhou por não ter podido sustentar a indiferenciação e a onipotência do bebê, impondo-se a ele de diversas formas traumáticas e imprimindo em seu psiquismo uma espécie de associação direta e irrefutável entre a experiência com o mundo e a desesperança.

Antes, consideremos de forma concisa o desenrolar suficientemente bom da teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, formado pelo conjunto de conceitos e ideias que se encontram em suas diversas obras sobre teoria e práticas psicanalíticas².

Entendemos que o processo de amadurecimento pessoal não envolve uma polarização entre o que é certo e o que é errado, entre o que é bom ou ruim, entre o ser saudável e o ser doente, mas implica um constante vai-e-vem entre a integração e a não integração e um movimento circular de equilíbrio entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo, cujo sentido final para a existência pessoal (em termos de ser ou não ser emocionalmente saudável) estará na dependência da harmonia ocorrida entre o momento do processo de desenvolvimento emocional e o estado de maturidade com que alguns acontecimentos da vida foram experienciados.

Devido a esta particular característica da natureza humana, Winnicott alerta para a impossibilidade de se avaliar o modo de ser de uma pessoa sem se referir ao desenvolvimento total desse indivíduo, considerado desde o momento de sua concepção, a experiência do nascimento, até o momento em que é recebido por alguém que o segurará e cuidará para que sua continuidade de ser não seja interrompida. Para Winnicott, “a base de todas as teorias sobre desenvolvimento da personalidade humana é a continuidade, a linha da vida, que provavelmente tem início antes do nascimento do bebê” (1968b/2020, p. 105). No entanto, embora os acontecimentos da vida intrauterina (pré-história) e do nascimento sejam importantes para a compreensão do desenvolvimento emocional de uma pessoa, eles têm sua relevância diminuída para aqueles bebês que tiveram a oportunidade de serem bem recebidos por um ambiente favorável.

Assim, podemos dizer que é a partir da chegada ao mundo que a personalidade de uma pessoa começa a se estruturar, lembrando-se que

² No Brasil, pode-se encontrar uma apresentação muito clara e minuciosa destas ideias e conceitos no livro *A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*, escrito por Elsa O. Dias (2017), livro base deste capítulo.

“mundo” tem para Winnicott um sentido específico – o de ambiente que recebe o bebê ao nascer e que, inicialmente, é configurado pelos cuidados maternos. Só a partir desse momento, um si mesmo pessoal começará a constituir-se. Em sua narrativa sobre o processo de amadurecimento pessoal, como dito acima, Winnicott destaca o caminho percorrido pelo bebê/lactante, que parte de um estado de dependência absoluta e progride, em condições ambientais favoráveis, para graus maiores de independência. Em sua perspectiva, as potencialidades só podem se desenvolver se houver um ambiente adaptado sensivelmente às necessidades do bebê, que vão além das necessidades fisiológicas, como a alimentação, higiene e sono, não se restringindo ao funcionamento orgânico.

Para que isso possa ocorrer, a mãe precisa manter-se então com uma sensibilidade aguçada que lhe permita identificar-se com seu bebê, adaptando-se viva e empaticamente às necessidades emocionais dele – estado este denominado pelo autor “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1956, p. 491). As necessidades do eu referem-se às exigências psíquicas independentes das libidinais propriamente ditas, ainda não podendo ser comparadas às necessidades fisiológicas.

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

Podemos afirmar então que, para que ocorra o desenvolvimento, o bebê precisa ter tido um ambiente adaptado sensivelmente às suas necessidades emocionais, que vão além das fisiológicas, como a alimentação, higiene e sono, não se restringindo ao funcionamento orgânico. É necessário que a mãe se mantenha com uma sensibilidade aguçada que lhe permita identificar-se com seu bebê, adaptando-se viva e empaticamente às necessidades emocionais deste.

Este ambiente bom, capaz de tal função, é representado pela figura da mãe suficientemente boa em estado de preocupação materna primária. Ela, então, é capaz não só de sustentar a indiferenciação, como poder vivê-la por meio de sua identificação “até certo ponto” com este bebê. É dessa forma que

se permite o reconhecimento e a provisão de suas necessidades, no momento em que elas surgem do núcleo do verdadeiro *self* do bebê. Sob a forma de um “gesto espontâneo”, partindo de um estado tranquilo e não integrado, até um estado excitado, o bebê se põe em busca de algo. O ambiente que está “ligado” (atento e conectado) ao bebê irá provê-lo quando desta busca, é proporcionado a ele a fundamental experiência de ilusão onipotente de criar/ encontrar o mundo e no mundo aquilo de que necessita.

Isto é equivalente a dizer que o mundo assim experimentado vai ganhando para o bebê o estatuto de uma fonte de bons encontros, de satisfação e de prazer. Ou seja, quando o gesto do bebê vai repetidamente encontrando a boa adaptação ambiental, a consequência é que “o lactente começa a acreditar na realidade externa” (WINNICOTT, 1960, p. 133). Mas não somente vai se constituindo uma crença na realidade externa, como também na própria capacidade criativa em contiguidade com o mundo, o que vai estabelecendo nele um lugar para o *self* com os outros e para a própria solidão, que neste caso não se confunde com isolamento, e sim refere-se à capacidade de estar só, imerso na experiência de si mesmo. Estes são os primeiros movimentos da nascente esperança, que se inicia como uma crença na realidade e tem a sua raiz no núcleo do *self*.

No desenvolvimento saudável, por meio da onipotência inicial e aos poucos, o mundo poderá começar a ser experimentado de forma genuína, primeiro como uma extensão do *self* verdadeiro – até que, suficientemente fortalecido, o bebê possa ir sendo “em pequenas doses”, desiludido (de que possa tudo obter e tudo poder) “sem perder a dignidade”, como diz Winnicott. Isto quer dizer que, na saúde, o indivíduo é capaz de ceder de sua onipotência, saber de sua insignificância perante a externalidade da realidade objetiva, mas é também capaz de manter a “área da ilusão”, aquela da extensão entre seu gesto criativo e o mundo objetivamente percebido. Somente por meio desta ilusão, localizada na área entre o interno e o externo, são possíveis o viver criativo e a experiência de contiguidade com o mundo. Apenas nesta área intermediária, a do devaneio e do descanso, é que podemos, por exemplo, cultivar uma ilusão de eternidade, que nos permite dormir tranquilos, brincar, trabalhar, sonhar, amar e empenharmo-nos nos movimentos do desejo. Somente por meio dela é possível andarmos pelo mundo como se estivéssemos

em terra firme, ainda que saibamos do caldeirão magmático sobre o qual estão os nossos pés. Somente por meio dela podemos caminhar com prazer e curiosidade pelos recônditos de nossas terras internas, ainda que saibamos do caldeirão pulsional que borbulha em nosso psiquismo.

É a lógica paradoxal que sustenta Winnicott na concepção desta área de ilusão e que o permite dizer que todo objeto objetivamente percebido é, antes, subjetivamente concebido. Trata-se de um complexo caminho entre um e outro, caminho este sempre aberto para movimentos de idas e vindas pelas pontes da paradoxal transicionalidade. Este é o percurso saudável do desenvolvimento, por meio do qual uma relação “digna”, em oposição a uma relação submissa com a realidade, pode ser estabelecida.

Pensemos agora nos extravios patológicos deste caminho.

Quando o cuidado materno não é suficientemente bom, isto pode gerar interrupção e até mesmo a sensação de aniquilamento do ser do bebê, uma vez que para Winnicott “a ansiedade nesses estágios iniciais do relacionamento paterno-infantil se relaciona com a ameaça de aniquilamento” (WINNICOTT, 1960/1983, p. 47). Em outras palavras, podemos dizer que em vez do encontro do gesto espontâneo com a provisão ambiental, se o que tivermos na relação for um padrão de intrusão, estaremos no campo dos traumatismos precoces. Winnicott sobre o trauma nos diz que eles: “implicam em uma quebra da fé” (1965b, p. 114). Podemos entender este termo como algo que alude à ruptura, à interrupção, mas consideramos valioso observar o que o autor reconhece como sendo alvo desta ruptura: a fé, a confiança de que possa ser atendido. Isso implica dizer que é a crença na realidade externa que é efetivamente golpeada. O indivíduo traumatizado é atingido diretamente em sua capacidade de acreditar nas potências do cuidado, em sua força restauradora, nas possibilidades de elaboração e transformação. É esta esperança que parece se desprender, sendo lançada para fora dos circuitos da vida, ocultada e desligada.

Nos casos difíceis, estas quebras e descontinuidade no *self* resultam em uma profunda dificuldade de confiar na realidade externa e há ainda uma espera por uma nova intrusão. Em “A mente e sua relação com o psicossoma” (1949b), Winnicott chega a dizer que os excessos de intrusão ambiental, além das descontinuidades que instalam, podem produzir um “padrão de expectativa”, isto é, uma “esperança” lapidada pela invasão. Melhor dizendo, adaptada ao trauma,

harmonizada com ele, seguindo a lógica da identificação com o agressor, já observada por Ferenczi. Aqui o ambiente não consegue proteger o filho para que não ocorram as agonias impensáveis, sendo estas relacionadas ao aniquilamento do ser, ou seja, à interrupção da continuidade de existência pessoal do bebê. Elas surgem como um padrão de defesa organizada contra as intrusões produzidas por deficiência do cuidado materno em estágio de máxima dependência. Essas intrusões, afirma Winnicott, “constituem aniquilamento e são evidentemente associadas a sofrimentos de qualidade e intensidade psicótica” (WINNICOTT, 1960/1983, p. 51).

Mas sigamos com Winnicott. Em “Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade” (1949a, p. 265), ele é contundente:

A reação, nesse estágio do desenvolvimento humano, significa uma perda temporária de identidade. Isto provoca um sentimento extremo de *insegurança*, e situa-se na base da expectativa de novos exemplos de *perda da continuidade do ser*, e mesmo de uma desesperança congênita (embora não herdada) quanto à possibilidade de alcançar uma vida pessoal (grifo nosso).

Vejamos que ele está nos falando de uma perda da esperança de continuar a ser. Nestes casos, o ambiente se impôs violentamente de tal forma que, além de empurrar o *self* verdadeiro para fora inseriu no psiquismo do bebê a violência de sua falha, instalando-a como realidade irrefutável e inescapável, abrindo espaço e possibilidade para as agonias impensáveis. As agonias impensáveis são traumas localizados neste estágio inicial do amadurecimento emocional do bebê. Entende-se por trauma, aqui nessa fase, o colapso na área da confiabilidade materna e, conseqüentemente, a quebra da continuidade de existência do bebê. Mais adiante, o autor sugere que este ambiente intrusivo pode produzir uma “disposição paranoide” no bebê. Ele diz: “a intrusão passa a ser esperada, tornando-se até mesmo necessária, e é possível encontrar nesta estrutura o fundamento muito precoce de uma disposição paranoide (não herdada)” (1988/1990, p. 140).

Apesar de o termo “paranoide” poder nos remeter ao conceito kleiniano de posição esquizoparanoide (KLEIN, 1952/1991), no contexto a que Winnicott se refere a precocidade do trauma é tão intensa que antecede qualquer possibilidade de ser entendida como projeção de impulsos agressivos. Na

verdade, seguindo seu raciocínio, seria mais apropriado falarmos em uma introjeção forçada do mau ambiente.

Desta sequência, de ser empurrado para fora de si e ter o ambiente impositivo forçado para dentro, o que resulta é uma realidade interna sob o domínio não apenas do trauma, mas do agente traumatizante como representante incontestável da realidade externa. A melhor alternativa neste caso parece ser mesmo manter o verdadeiro *self* bem a distância. Já à vista de todos, está o falso *self*: muito bem adaptado, que pode até ser intelectualmente brilhante, gratificar a todos e distribuir alegrias. Esta porção do falso *self* é adaptada e submetida ao padrão do adoecimento ambiental. É por meio dessa submissão ao ambiente intrusivo que o trauma precoce não se torna apenas um problema do passado arcaico, mantendo-se real e atualizado no presente e temido no futuro. Entenderemos adiante a razão de tudo isto em seu importante artigo “O medo do colapso” (WINNICOTT, 1963/1994).

2.2.2 O medo do colapso (*breakdown*)

Neste artigo, Winnicott traz seus achados clínicos que indicam que o colapso tão temido por seus pacientes (medo da morte, do vazio, da loucura, de cair para sempre etc.) já tinha sido vivido, embora não ainda experienciado pelo Eu. A expressão “colapso” tem por significado “o fracasso de uma organização de defesas” (WINNICOTT, 1963/1994, p. 71). Colapso, nesse sentido, é para descrever o impensável (agonias impensáveis), estado de coisas subjacentes à organização defensiva. O colapso aconteceu antes do estabelecimento do *self* unitário, quando o bebê é ainda imaturo, isto é, em um momento muito precoce, e depende exclusivamente dos cuidados de uma mãe suficientemente boa. Diante de uma intrusão severa do ambiente que obriga o bebê a reagir, o ego, que ainda é apenas um potencial e um continuar a ser, organiza defesas contra o colapso deste primeiro “continuar a ser”, pois é esta continuidade que está sendo ameaçada.

Na teoria winnicottiana, as defesas organizadas relativas aos problemas da continuidade de ser visam proteger o *self* verdadeiro. Entretanto, como para Winnicott, a continuidade de ser é a base da força do ego, outro ponto distinto em sua teoria é que as interrupções na continuidade de ser do bebê dificultam a própria organização do ego. Todavia, segundo o autor, o ego não pode se

organizar contra o fracasso ambiental, porque “a dependência do ambiente é um fato da vida” (WINNICOTT, 1963/1994, p. 71).

Entendemos que o medo do colapso surge, na verdade, quando o processo de amadurecimento sofre uma inversão, isto é, quando há interrupções na continuidade de ser do bebê. No estágio inicial do amadurecimento, a mãe está envolvida com suas três tarefas básicas, são elas: o *Holding* (sustentar), o *Handling* (manejo), ao qual se acrescenta o *object-presenting* (apresentação de objetos). No curso normal do amadurecimento, o indivíduo progride da dependência absoluta para a dependência relativa até a interdependência. Na saúde, o amadurecimento se dá em um ritmo que não sobrepuja o desenvolvimento da complexidade dos mecanismos mentais.

Então, em um meio ambiente facilitador, o indivíduo passa pelo processo classificado como integrador. Pode-se observar, porém, que o movimento ao contrário desse amadurecimento corresponde estritamente à ameaça de um movimento retrógrado e defesas contra essa ameaça são organizadas nas doenças esquizofrênicas.

Ainda em "O medo do colapso", Winnicott classifica as agonias primitivas e afirma que a enfermidade psicótica (do tipo esquizofrênico) é uma organização de defesa do ego, cita inclusive como exemplo o autismo.

Quanto à primeira classificação referente às agonias primitivas e as defesas concomitantes a elas, estão:

1. O retorno ao estado não integrado (defesa: desintegração);
2. Cair para sempre (defesa: sustentar-se / *self-holding*);
3. Perda do conluio psicossomático, fracasso da personalização (defesa: despersonalização);
4. Perda do senso do real (exploração do narcisismo primário etc.);
5. Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (defesa: estados autistas, relacionados apenas a fenômenos do *self*) [WINNICOTT, 1963/1994, p. 72].

Com relação ao segundo apontamento, Winnicott considera errado pensar que a enfermidade psicótica é um colapso, não é. Ele defende a ideia de que a enfermidade psicótica é uma organização defensiva relacionada à agonia primitiva e, por incrível que pareça, é muito bem-sucedida, pois protege o *self* verdadeiro de ser realmente aniquilado por completo. O colapso, de fato, significa a falência das defesas organizadas pelo ego do bebê.

Segundo Winnicott, o medo do colapso já foi “experenciado” (WINNICOTT, 1963/1994, p. 72), ele é um medo da agonia impensável (original) que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como sendo a doença. O paciente precisa saber que o colapso que é tanto temido, na verdade já aconteceu. Winnicott fala que esse fato o paciente carrega com ele e fica escondido no inconsciente, este último para o autor,

Não é exatamente o inconsciente reprimido da psiconeurose, nem tampouco, o inconsciente da formulação freudiana da parte da psique que se muito próxima do funcionamento neurofisiológico. Tampouco se trata do inconsciente de Jung, que eu diria serem todas aquelas coisas que passam em cavernas subterrâneas, ou (em outras palavras) a mitologia do mundo, nas quais há um conluio entre o indivíduo e as realidades psíquicas internas maternas (WINNICOTT, 1963/1994, p. 73).

O inconsciente, nesse caso, significa dizer que a integração do ego não é capaz de abarcar algo, isto é, o ego é ainda imaturo demais para reunir todos os fenômenos da área de onipotência pessoal do bebê. Winnicott então esclarece que a experiência que originou a agonia primitiva não pode cair no passado ao menos que o ego possa primeiro “reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora” (ibidem, p. 73).

O passado entra no papel de que o paciente fica procurando o que para ele ainda não aconteceu, e esta busca, na verdade, acaba assumindo a forma de futuro. Por isso, o paciente teme encontrar o que está sendo compulsivamente procurado no futuro. Entretanto, como pontua Winnicott, caso o paciente se prepare para algum tipo de aceitação de que ainda não foi experenciado, mas na verdade, já aconteceu no passado, então:

Ir-se-á abrir o caminho para que a agonia seja experenciada na transferência, na reação às falhas e equívocos do analista. Em doses que não sejam excessivas, o paciente pode lidar com estas últimas, e explicar cada falha técnica do analista como contratransferências. Em outras palavras, o paciente gradualmente reúne o fracasso original do meio ambiente facilitador dentro da área de sua onipotência e da experiência de onipotência que pertence ao estado de dependência (fato transferencial) (WINNICOTT, 1963; 1994, p. 73).

Winnicott traz em seu artigo "O medo do colapso", que o colapso já aconteceu próximo do início da vida do indivíduo e que o paciente precisa

lembrar-se disso, porém, por outro lado, não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu na visão do paciente, porque o paciente não estava lá para que lhe acontecesse, ou seja, não havia um EU unitário ainda, ou seja, esta vivência não pôde ser integrada como uma experiência do Eu, ou passível de ganhar o estatuto de uma representação: ela antecede a própria diferenciação egoica. Restou uma vivência de colapso, de total passivação. No entanto, e, segundo Winnicott, aquilo que não pode ser integrado pelo Eu retorna cindido e repetitivo até que finalmente possa ser experienciado por um Eu mais fortalecido ou amparado por alguém que desempenhe a função de Eu auxiliar para então poder retomar o desenvolvimento emocional.

Assim, para Winnicott, a saída é o paciente experimentar a agonia primitiva pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Para o autor, “esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e do agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez. É este o equivalente do lembrar” (Winnicott, 1963/1994, p. 74). Entendo que essa necessidade de reviver o colapso seria equivalente à necessidade da lembrança no trabalho analítico com pacientes neuróticos. A diferença é que no caso do paciente difícil não basta “lembrar”, rememorar, tornar consciente. Na verdade, ele está muito cômico de suas vivências agônicas. Trata-se, então, de poder experimentar, amparado pela agora reparadora sustentação ambiental para poder, finalmente, integrar e se esquecer (“esquecer” no sentido de interromper os retornos do cindido) do colapso vivido.

O que vemos na clínica são os nossos pacientes cuidando de reproduzir na relação conosco praticamente o mesmo contexto afetivo do colapso original: temor, desespero, desesperança. Desmenti-los perpetuará a falsa análise e o sentimento de futilidade – Ferenczi já havia percebido isto. Ficaré faltando a nossa oferta capaz de encontrar e completar o gesto repetitivo do paciente em busca de sentido, tal como a mãe cuidadosa que oferece o seio no exato momento em que o bebê procura algo para criar. Ao invés de desmentir, é preciso reconhecer a difícil verdade: que não temos esperança naquela análise, mas ainda assim seguimos com ela (WINNICOTT, 1960, p. 139).

Da mesma forma que é importante dizer ao paciente que o colapso temido já foi vivido, o é também podermos admitir certos fracassos, mas que algo a partir disso possa ser produzido, não só uma dissertação como também experiências

clínicas vivas e transformadoras na dupla analítica. No item a seguir, o leitor encontrará a importância da vitalidade no encontro com esses sujeitos amortecidos diante das falhas ambientais.

2.3 A CLÍNICA WINNICOTTIANA DIANTE DOS PACIENTES APASSIVADOS

Seguindo a mesma linha de pensamento de Ferenczi, Winnicott sentiu que era vital reexaminar sua técnica, pois suas observações clínicas apontavam para a necessidade de uma adaptação do *setting* para promover uma evolução favorável do paciente e ajudá-lo no fortalecimento e na evolução de sua personalidade. É possível afirmar, portanto, que a leitura única e original que Winnicott fez da Psicanálise é o resultado da sua prática em seu cotidiano como clínico e da interlocução que pôde estabelecer com os demais psicanalistas de sua época, como Freud e Melanie Klein (que fora sua supervisora), com os quais ele muitas vezes concordava e outras vezes discordava. Foi a partir de sua vasta experiência com o seu trabalho de pediatra e psicanalista que o autor desenvolveu sua ampla teoria e trouxe contribuições seminais à clínica psicanalítica. Além dos atendimentos, Winnicott realizou observações da relação mãe-bebê por mais de quatro décadas da sua vida, trazendo um grande diferencial e uma teoria original, sem deixar de lado a teoria psicanalítica já construída (WINNICOTT, 1945/2000).

Pensemos então acerca da proposta clínica de Winnicott para o atendimento de pacientes que sofreram falhas ambientais.

Em “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico”, Winnicott (1954/2000) estabelece três categorias gerais distintas no que se refere às variedades de psicoterapia, incluindo a mudança no seu posicionamento na clínica com adultos, em que a teoria do *setting* analítico ganha lugar. A primeira delas é relativa às psiconeuroses, em que as dificuldades estão nos relacionamentos interpessoais. Segundo ele, a “técnica para o tratamento desses pacientes faz parte da psicanálise desenvolvida por Freud no início do século” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 375). Na segunda categoria, relativa às depressões, estão os pacientes cuja personalidade começou a integrar-se, de modo que se encontram às voltas com a reunião do amor e do ódio na mesma pessoa, tendo, com isso, de lidar também com o

reconhecimento do fato da dependência. A técnica nestes casos não difere da técnica dos pacientes da categoria anterior, no entanto, surgem novos manejos, no qual o elemento mais importante é a “*sobrevivência do analista*” (ibidem, grifos do autor).

O último grupo descrito pelo autor será o que aqui estamos abordando, de pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional em que a estrutura pessoal não está ainda solidamente integrada, podemos falar em pacientes em estados autísticos, falsos *selves*, psicóticos, personalidade *borderline* e com graves sofrimentos psíquicos. O manejo, nesses casos, ocupará a totalidade do espaço, deixando o trabalho analítico clássico de lado. Vou apresentar as consequências deste manejo nas análises da sua teoria do “congelamento” provocado pela intrusão ambiental.

O autor nos conta que, com esses pacientes, foi necessário aprender a examinar revendo sua própria técnica, à medida que as dificuldades surgiam e que foi esta categoria de pacientes que mais lhe ensinou sobre a regressão. Para Winnicott, quando se fala em regressão na Psicanálise, está implicitamente presumida uma organização do ego e uma ameaça de caos: “estou considerando que a ideia de regressão implica em um mecanismo de defesa de ego muitíssimo organizado” (1954/2000, p. 378). A ênfase incide no manejo clínico e no estabelecimento do *setting*. A técnica utilizada é o *holding*, que possibilita a regressão à dependência sem utilizar a interpretação necessariamente. Dessas considerações, pode-se estabelecer um primeiro delineamento em termos da diferenciação entre análise padrão e análise modificada. A saber, enquanto a primeira se aplica aos casos em que se pode tomar como dada a estruturação da personalidade (neuroses e depressões), a segunda se aplica aos casos trabalhados neste estudo, em que a personalidade não se estruturou ou se estruturou de modo precário. Em termos de método, a análise padrão corresponderia à interpretação, ao passo que a análise modificada corresponderia ao manejo, do qual falaremos adiante.

É interessante observar que, apesar de o termo “manejo” ser utilizado corriqueiramente por autores clássicos, não encontramos sua definição como verbete nos dicionários de Psicanálise consultados (LAPLANCHE; PONTALIS, 2008; ROUDINESCO; PLON, 1998). De maneira geral, os autores referem-se a este termo para indicar uma modificação necessária no enquadre, portanto,

trata-se de uma modalidade da técnica. Dessa forma, ao utilizar o termo “manejo”, estamos nos referindo aos atos dos analistas que visam manter a sobrevivência do *setting* ao mesmo tempo em que procuram responder à necessidade do paciente.

Em seus escritos, Winnicott enfatiza o ambiente como fator originário de problemas psíquicos, dando importância ao ambiente externo e ao cuidado emocional oferecido ao bebê principalmente da mãe, considerando impossível pensar o ser humano em desconexão com o seu meio e com a sua relação com os outros (WINNICOTT, 1958/2001).

Winnicott (1945/2000) observou a não diferenciação do bebê e uma dependência absoluta do meio ambiente no momento inicial, através do estudo do desenvolvimento emocional primitivo, auxiliando-o a compreensão de seus pacientes psicóticos em análise. Winnicott (1954-55/2000, p. 394) considera que

na análise dessas fases (fases ou momentos psicóticos) não é possível considerar o ego uma entidade estabelecida. Não pode, então, existir também uma neurose de transferência, para a qual certamente é preciso que haja um ego.

O contexto afetivo torna-se mais importante que a interpretação na teoria winnicottiana e ele pode suscitar a esperança de começar a experienciar o verdadeiro eu. A adaptação suficientemente boa do analista dá a “possibilidade de desenvolvimento de um ego, de sua integração a partir dos núcleos egoicos, da sua consolidação como um ego corporal e, também, do repúdio ao ambiente externo, dando início a uma relação de objetos” (WINNICOTT, 1954-55/2000, p. 396).

Observa-se na clínica com os pacientes da presente pesquisa, os sujeitos apassivados, a importância do estabelecimento do *holding* em situação analítica. Para Januario (2012, p. 70), a noção de *holding* pode ser compreendida como acolhimento, contenção e sustentação a essas crianças. “É acolher, conter e sustentar determinadas experiências ao longo de um tempo sem interromper a experiência do paciente. Significa oferecer um ambiente que permita o processo de integração do sujeito”. Caso o *holding* seja encontrado, os sentimentos agonizantes podem ser transformados em experiências positivas.

Winnicott considera ser o objetivo da análise proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adapte à necessidade do paciente e dos seus processos de maturação, antes de fornecer interpretações com pacientes em

estados psicóticos. As interpretações podem ser nocivas. Assim, a análise é compreendida como a satisfação das necessidades baseada na noção de *holding*. Uma nova forma de trabalho é desenvolvida em relação à análise freudiana, em que o principal instrumento de trabalho era a interpretação. Aqui, a ênfase recairá no *holding* como característica importante no *setting* analítico, isso inclui questões referente ao horário, periodicidade, férias e até organização física transformam-se em ferramentas de trabalho. Uma nova compreensão sobre o trabalho de análise é explorada:

O divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Aparecerão em pensamentos e em sonhos, e nesse caso representarão o corpo do analista, seus seios, braços, mãos etc., numa infinita variedade de formas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento ou por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã é o analista, os travesseiros são os seios, o analista é a mãe em certa época do passado (WINNICOTT, 1954/2000, p. 385).

Podemos entender que no *setting*, a experiência proporciona ao paciente desenvolvimento, sendo um lugar de uma experiência viva, em que o analista está incluído naquele ambiente, acolhendo, respondendo empática e vivamente desde as mais incipientes manifestações da vida psíquica que ainda subsistem, evocando estabilidade, confiança e esperança para a partir disso, surgirem novas possibilidades ao paciente em se constituir como sujeito.

Winnicott (1961/1989) utilizou-se do paradigma bebê – mãe suficientemente boa para compreender a relação analítica. Para Winnicott, a ênfase em uma psicanálise que se equipara a uma maternagem suficientemente boa irá criar argumentos favoráveis à regressão à dependência e ao *holding* materno como uma estratégia terapêutica para que o sujeito possa retomar seu processo natural de maturação. Além disto, é importante a manutenção da postura do analista ao não se deixar ser destruído pelas atuações do paciente, comprovando, assim, que o ambiente pode aguentar os danos da agressão que provém da crueldade do amor primitivo do paciente. Estas estratégias visam criar aberturas na defesa do paciente, favorecendo a possibilidade para mudanças e transformações por meio do brincar, o que compreende a utilização do espaço potencial.

Os vínculos sensoriais não verbais na transferência também são tratados por Winnicott (1968/1996). Para ele, a comunicação não está estabelecida em relação à aquisição da linguagem verbal em um primeiro momento. Fazendo um

retorno à relação mãe-bebê, há uma interação não verbal, em que a mãe está identificada com o bebê de forma que ele se sinta compreendido. O importante aqui não está no diálogo verbal, mas na existência de uma experiência de confiabilidade e de uma comunicação silenciosa, que inclui desde o respirar da mãe, ao som das batidas do coração, a comunicação física até as expressões faciais da mãe. Há também as comunicações não silenciosas, como a melodia, o ritmo e as entonações na voz na mãe. Todo este contexto vai possibilitando ao bebê uma confiabilidade que permite a ele ser e continuar sendo. A confiabilidade humana estabelece um tipo de comunicação, antes de o discurso significar algo.

Dessa forma, podemos entender que a ênfase, nessa clínica, recai sobre o manejo clínico e o estabelecimento de um ambiente de *holding*. Essa particularidade demanda do analista uma disponibilidade emocional para deixar-se ser afetado pelo paciente, sentir as sensações da contratransferência e personificar com seu corpo o que se passa na relação analítica.

Neste sentido, é possível verificar que a preocupação clínica de Winnicott é a manutenção deste espaço, de modo que o papel preponderante do analista não consiste na promoção de certezas conclusivas, pelo contrário, caberá a ele comprometer-se com o contínuo processo de desenvolvimento do ser. O que significa, através da brincadeira, buscar meios de fazer com que a situação analítica possa favorecer possibilidades para que o sujeito retome o brincar. Winnicott afirma que

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível o tratamento efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é (WINNICOTT, 1975, p. 59).

Para o autor, a origem do brincar está na experiência de ser e continuar a ser, e se o paciente não sabe brincar, não conseguirá criar meios de lidar com a ausência como um vazio potencialmente criativo, o que denota que não poderá fazer uso do espaço potencial e da simbolização e nem se apropriar do tempo de uma maneira criativa.

Winnicott separa as técnicas da Psicanálise em interpretação e *setting*. O *setting* analítico transforma-se em um ambiente proporcionador de *holding*, compreendido como acolhimento e sustentação, na situação analítica. Através da sua experiência com mães e bebês, ele percebeu a diferença entre um ambiente bom e um ambiente que não é bom e notou que a psicanálise freudiana não havia enfatizado o *setting* nos seus escritos, mas que não havia deixado de fazer parte do seu trabalho.

Winnicott compreende que no paciente neurótico, o analista e todos os detalhes do *setting* representam ou simbolizam os cuidados iniciais satisfatórios. Já para os pacientes difíceis, a necessidade de um cuidado real se faz indispensável, na medida em que, em tais situações, o ambiente inicial foi tão precário, que muito pouco pôde ser experienciado em termos de cuidado, inviabilizando, portanto, o desenvolvimento da capacidade para simbolizar ou representar cuidados. O *setting*, nesse sentido, assume a função de provisão ambiental direta, sendo importante o estabelecimento do *holding*, que, quando encontrado, leva sentimentos agonizantes a serem transformados em experiências positivas. Para o autor, o objetivo da análise é proporcionar um ambiente suficientemente bom, que se adapte à necessidade do paciente e dos seus processos de maturação, antes de fornecer interpretações com estes pacientes (WINNICOTT, 1952/2000).

Neste contexto, não caberá ao analista, principalmente nestes casos, unicamente interpretar as ideias ocultas que estão subjacentes às falas do paciente, mas sim utilizar suas intervenções como um substituto possível do cuidado materno, isto significa criar meios que possam servir como suporte para o analisando. Portanto, cabe ao analista, assim como à mãe suficientemente boa, ser um facilitador deste processo, evitando, na medida do possível, interpretações intrusivas.

Essa ampliação da atuação para além da interpretação nos leva à reconhecida importância que Winnicott dá para a dimensão vitalizadora. Masud Khan (WINNICOTT, 1958, p. 39) descreve Winnicott com uma pessoa de “incansável vitalidade e sempre em movimento”. Isso nos remete ao que Winnicott (1964/1982) considera ser preciso para trabalhar como analista: é necessário acreditar na natureza humana e partir do pressuposto de que existe

um potencial herdado (centelha vital), mas que se não houver um bom ambiente, o bebê não consegue aproveitar esse potencial.

A centelha vital é aqui referida como essencial presente em cada bebê: “seu ímpeto para a vida, para o crescimento e o desenvolvimento, é uma parcela do próprio bebê, algo que é inato na criança e que é impelido para frente de um modo que não temos que compreender” (WINNICOTT, 1964/1982, p. 29). Porém, este potencial herdado precisa da presença de um ambiente facilitador, é necessário o encontro. Se a vitalidade se der a partir do encontro, é preciso o corpo da mãe estar presente, através dos cuidados vitais e ao mesmo tempo vendo o bebê como uma pessoa, para o bebê poder assim sentir-se vivo.

Ou seja, o sentir-se vivo não é algo inerente, é uma conquista. Quando o autor diz que esta “centelha vital” está presente em todos os sujeitos, ele fala do seu potencial herdado, mas tendo em vista que, em muitos, esta chama tende a perder o vigor por variados fatores. É aí que entramos na tentativa de acender o que se encontra apagado: os instintos vitais, através da nossa abertura e disponibilidade. É importante que lembremos da centelha vital não como algo estático, mas com alternâncias, tendo sempre um movimento de fazer o adoecimento se transformar em vida.

Estamos também de acordo com o que nos parece mais próximo de uma sistematização e que é encontrado na Introdução de *Pediatria à Psicanálise*, escrita por Masud Khan (WINNICOTT, 1958). Consideramos de extrema relevância para o tema aqui proposto o que Khan ali afirma, ou seja, tanto as dimensões do manejo no *setting* psicanalítico, como fora dele. O autor salienta, como dito nos parágrafos anteriores, que a clínica com pacientes em estado de regressão fora pensada por Winnicott muito mais em termos de manejo do que de interpretação. Na obra de Winnicott, segundo Khan, podem ser encontrados três sentidos básicos da noção de manejo: a qualidade do contexto analítico, o fornecimento, pelo analista, do que é necessário ao paciente e o manejo em termos de cuidados oferecidos em outros contextos que não o *setting* analítico, como é o caso de cuidados proporcionados pela família ou por uma hospitalização

Khan fornece assim um primeiro delineamento a ser desenvolvido e que, nos parece, pode ainda ser mais explorado em pelo menos três direções: em primeiro lugar, no que diz respeito às patologias nas quais os problemas centrais

não decorrem dos estágios iniciais de dependência; como um segundo ponto, no que concerne à utilização da noção de manejo para o desenvolvimento de outros procedimentos clínicos, embasados pela Psicanálise, mas que utilizam de *setting* diferenciados e, finalmente, como aporte para intervenções de outras áreas que não as psicoterápicas.

Após estas considerações técnicas, analisaremos agora o que seria de fato esta vitalidade em Winnicott.

2.4 A VITALIDADE EM WINNICOTT

*In doing psycho-analysis I am at:
Keeping alive
Keeping well
Keeping awake
(Winnicott, 1962, p. 166)*

Diante do exposto, alguns questionamentos foram importantes para a construção deste tópico, eles são: o que é sentir-se vivo? O que significa ser uma presença viva? Por que ela é importante? Convidamos o leitor a refletir sobre esta temática da vitalidade, sua importância e a relação da função vitalizadora da mãe com a dimensão vitalizante presente no *setting* analítico.

De acordo com Cesar e Ribeiro (2020), sentir-se vivo é uma conquista que engloba primeiramente alternâncias dos estados do ser, é estar vivo para a experiência, podendo inclusive ter momentos de dor e sofrimento, sendo estes sustentados. Segundo Boraks (2008, p.115), sentir-se vivo não é algo inerente: “é a somatória de experiências que ao longo do desenvolvimento se tornam emocionais e adquirem sentido para nós”.

A presença viva, de acordo com Cesar e Ribeiro (2020), refere-se a uma presença genuína, de contato autêntico e propiciador de confiabilidade e do despertar de esperança. Isto é comparável ao modo de a mãe se oferecer a seu filho sendo imperfeita, não de forma mecânica, e o principal, sendo ela mesma. Esta será a condição para o estabelecimento de um vínculo que convidará o filho para a vida e a esperança. É uma presença que se constitui como uma disponibilidade às transições entre vários estados do ser, incluindo o compartilhamento de experiências desvitalizantes. Já nas palavras de Winnicott, estaríamos falando do conceito de mãe suficientemente boa, uma mãe capaz de

se adaptar às necessidades do bebê e de presença vital, fornecendo ao bebê um ambiente psicológico e primordial para seu desenvolvimento.

Winnicott afirma que objetivo da análise é proporcionar um “ambiente suficientemente bom” (WINNICOTT, 1954-55, p. 372) que se adapte à necessidade do paciente e de seus processos de maturação, antes de fornecer interpretações. Assim, a noção de *holding* vem como uma nova forma de trabalho em que a o acolhimento, o conter e a sustentação são primordiais, oferecendo um ambiente que permita o processo de integração do paciente.

É essencial que o enquadre clínico mostre-se vivo, confiável e disponível para as experiências emocionais que ali surgirão. Se pensarmos nas relações iniciais, é através de um cuidado vivo da mãe oferecido ao bebê que emergirá a vitalidade emocional e corporal do *infans*: “o amadurecimento será facilitado dependendo essencialmente do tipo de troca, de proximidade e de uso do corpo da mãe” (BORACKS, 2008, p. 113). O sentir-se vivo no bebê se organizará como consequência dessa primeira comunicação mãe-bebê.

Assim, realizar a capacidade de estar vivo ao longo da vida tem a ver com a proximidade de algo que se assemelha a um corpo materno, um íntimo flexível, ora organizado em certa direção, ora rarefeito, à mercê de qualquer destino. É o representante da vitalidade e sua expansão que caminham na direção de ampliar maiores e mais profundas capacidades de estar vivo (ibidem).

Podemos entender então que o ambiente funciona – ou deveria funcionar – como um facilitador primordial neste processo, no entanto, é válido lembrar, como nos diz Winnicott (1964/1982, p. 29), que “cada bebê é uma organização em marcha”. Acompanhem suas palavras:

Em cada bebê há uma *centelha vital*, e seu ímpeto para a vida, para o crescimento e o desenvolvimento é uma parcela do próprio bebê, algo que é inato na criança e que é impelido para a frente de um modo que não temos de compreender (ibidem, grifo nosso).

De acordo ainda com Winnicott (1964/1982), a tendência para a vida e para o desenvolvimento é inato ao bebê, mas é necessário o cuidado especial do ambiente como facilitador deste processo. Suas potencialidades herdadas só poderão amadurecer quando em um ambiente favorável. O ímpeto vital, a centelha vital do bebê só pode se desenvolver a partir do amor da mãe, este

visto como condição essencial para a saúde emocional do bebê. Quando as necessidades egoicas do bebê não são atendidas, surgem reações/defesas radicais (defesas primitivas contra agonias primitivas e impensáveis) já trabalhadas anteriormente. Estamos aí no terreno do traumático, dos pacientes que sofreram falhas ambientais nos primórdios da vida, não sendo um acontecimento único, mas de uma série de repetições de falhas ambientais no atendimento às necessidades do bebê (WINNICOTT, 1965b). Figueiredo e Coelho Junior (2018, p. 29) supõem que se estas interrupções são radicais e ocorrem bem no início da vida, elas vão “desligar” partes do psiquismo, “deixando-a deserta”. É diante dessas partes mortas do psiquismo que se dá a urgência de uma clínica viva.

De acordo com Figueiredo (2019), a vitalização não significa divertir pacientes graves e deprimidos, mas abrir horizontes vitais para uma ampliação de suas capacidades egoicas, em especial, a capacidade de ligar, simbolizar e transformar suas experiências emocionais. A estratégia vitalizante vai além de ser uma estratégia que inclui a excitação, mas sim um processo trabalhoso que vai em direção às simbolizações. Winnicott (1962) se refere à sua postura ao praticar a Psicanálise nos seguintes termos: manter-se vivo, desperto, ser ele mesmo, sobreviver à análise até o seu fim. É a integridade do objeto-terapeuta que viabiliza uma relação frutífera, terapêutica.

CAPÍTULO 3 – ANNE ALVAREZ E O CASO ROBBIE

“Qual a diferença entre os olhos que têm um olhar e os olhos que não o têm? Esta diferença tem um nome: é a vida. A vida começa onde começa o olhar.”
(Amélie Nothomb, 2003, p. 7.)

Como a questão clínica que motiva nosso trabalho consiste em investigar a importância de possibilidades vitalizantes no encontro clínico com pacientes graves, em que ocorreram rupturas tão radicais resultando em um desmoronamento das capacidades de defesa e resistência, apresentaremos no início deste capítulo, mais detalhes do caso Robbie, paciente de Anne Alvarez, com o qual a autora trabalha em suas obras *Companhia viva* (2020) e *O coração pensante* (2021).

No caso Robbie, o retraimento, a desesperança, a falta de defesas, assim como a iminência de morte psíquica se fazem presentes. A descrição do seu caso nos leva a refletir acerca do congelamento como uma rica metáfora para entendermos os adoecimentos psíquicos marcados pela “precocidade do trauma” (FERENCZI, 1929, p. 50). Partimos do entendimento do sofrimento de Robbie, não enquanto um diagnóstico tal como lhe foi dado pelo médico da família aos quatro anos, mas a partir de sua sintomatologia, articulando-a aos adoecimentos por passivação.

A partir deste caso, buscamos compreender melhor como se dá o processo de vitalização nestes pacientes. Nos casos de adoecimento por passivação (seja por déficits, seja por excessos traumáticos), o valor da vitalização é maior: “trata-se, sem sombra de dúvida, da vitalização do campo, da vitalização da própria situação analisante, o que inclui a vitalização do analista, vale dizer, a sua maior disponibilidade de implicação” (FIGUEIREDO, 2019, p. 1).

Após a descrição detalhada do caso, faremos uma apreciação do trabalho de Anne Alvarez, autora que constrói seu pensamento trazendo transformações teóricas como resultado de sua exigência por respostas frente aos desafios clínicos. Ainda que Alvarez se descreva oriunda da linhagem freudo-klein-bioniana, Figueiredo e Coelho Junior (2021, p. 187) a colocam no território da

“psicanálise contemporânea” ou em um sentido mais objetivo e direto, no terreno da “psicanálise transmatricial”. Esta terceira matriz é caracterizada pela conjunção e a sobreposição dos adoecimentos por passivação e dos adoecimentos por ativação, exigindo reflexão e criatividade. O que encontramos nesta matriz é a tentativa de responder teórica e clinicamente aos desafios que chegam ao consultório.

É a partir destas tentativas com seus pacientes traumatizados, sem esperanças e semimortos, que Alvarez cria a função de *reclaiming* (2020), função esta que analisaremos desde como se deu sua construção até transformações feitas pela própria autora, fazendo interlocuções com o caso trabalhado. Após este momento, traremos as contribuições dadas pela autora em sua última obra, *O coração pensante* (2021), referente aos três níveis de trabalho analítico, também oferecendo exemplos a partir do caso citado.

Para finalizar o capítulo, iremos compartilhar os pensamentos dos autores brasileiros Luís Claudio Figueiredo e Fátima Flório Cesar, de forma a tornar ainda mais ricas as contribuições contemporâneas acerca da vitalização.

Sigamos, agora, com o caso.

3.1 O CASO ROBBIE

Apresentaremos adiante um panorama detalhado da psicoterapia de Robbie.

Robbie (ALVAREZ, 2020) é o filho do meio, com um irmão dois anos mais velho, uma irmã oito anos mais nova e seus pais são apresentados como pessoas alegres, sensíveis e carinhosas. Em seu nascimento, ocorreu um atraso de três semanas e sua mãe teve uma hemorragia. Neste período, ela estava bastante deprimida e em seu longo trabalho de parto foi deixada sozinha. Após o nascimento de Robbie, sua mãe disse que queria morrer. Ainda que sua mãe estivesse bastante deprimida, a autora considera provável que Robbie já tenha nascido um bebê difícil de satisfazer e de estimular.

Sobre seu início de vida, mamou durante três semanas no peito e não conseguia reter o alimento nos primeiros três meses. Chorava após quase todas as mamadas, bebeu no copo cedo, falou algumas palavras aos seus onze meses,

ficou de pé com um ano de idade e passou por duas separações traumáticas aos 18 meses (descritas a seguir), momento em que seus sintomas iniciaram.³

Seus sintomas iniciaram aos 18 meses, quando ocorreu a primeira separação dos pais, devido ao adoecimento de seu avô, o que levou sua mãe a ficar bastante triste, mandando-o para a casa de amigos no interior durante três dias. Robbie, além de ainda não conhecer esse casal, ficou aterrorizado com os cachorros de lá. Seu avô veio a falecer após oito dias e sua mãe foi internada em estado de choque e pneumonia, momento em que Robbie foi mandado de volta para a casa dos amigos. A partir deste episódio, ele se retraiu cada vez mais.

Aos quatro anos de idade, foi encaminhado com uma observação do médico da família, que apontava seus atrasos de fala e comportamento retraído, sendo diagnosticado com autismo infantil. Logo depois disto, começou seu tratamento fazendo duas sessões semanais com sua primeira terapeuta, por volta de três anos, tendo de interrompê-lo, devido à morte dela.

É neste momento que Robbie inicia o trabalho analítico com Alvarez, aos sete anos de idade e prossegue até os trinta e poucos. Neste início Robbie falava pouco, nunca usava a palavra “eu”, confundia bastante sua mãe com sua avó, que ajudava a criá-lo e tinha um olhar perdido e sem vida. Apesar de o diagnóstico de autismo ter sido confirmado por vários profissionais, Alvarez (2020) considerava-o muito mais doente que uma criança autista, bem mais retraído e sem defesas. Robbie tinha terrores bem concretos: medo de latido de cachorro, barulhos do motor do carro e dos limpadores de para-brisa e de qualquer barulho alto. Ele sentia também, um grande incômodo com as luzes, que, quando fortes, eram sentidas como se machucassem seus olhos: “Tudo chegava muito perto, então ele se retirava ou caía longe demais para ser resgatado” (ALVAREZ, 2020, p. 50).

Foi através de seu interesse por odores que Alvarez encontrou inicialmente em seu paciente um sinal de que, de alguma forma, ele se

³ Batistelli (2014) menciona a pesquisa dos autores Muratori e Maestro (2006) sobre as duas formas de aparecimento do autismo: uma das formas pode ser quando a criança apresenta sinais de risco desde os três meses de idade, quando não há crescimento progressivo em seu desenvolvimento e sua capacidade afetiva, como, por exemplo, indiferença e apatia. O outro grupo de crianças descrito pelos autores me lembrou do caso Robbie, correspondente a crianças que têm comportamento normal de seis a doze meses, em que o desenvolvimento é normal ou quase normal até que tenha perda inesperada de habilidades e início dos sinais de autismo.

interessava por algo, assim como também tinha uma boa alimentação, pois mantinha-se bem fisicamente, embora ela não tivesse certeza de sua sobrevivência mental. Robbie nunca gritava, chorava ou explodia, por vezes, choramingava; sofria de constipação e, às vezes, de longas gripes durante todo o inverno. No que se refere a suas más experiências, mentais ou físicas, a analista considera que ele não tinha recursos para recebê-las, suportá-las e mandá-las de volta para fora, sugerindo que a sensação de Robbie era de que não havia ninguém esperando por elas (ALVAREZ, 2020).

O recurso utilizado pelo paciente para se livrar de sentimentos de desamparo e que o afligiam era correr para frente e para trás, arrastando seus pés e sacudindo as mãos em direção ao chão. “Ele acabava emergindo dessa situação não aliviado, mas simplesmente vazio e sem vida; talvez menos desesperado, mas ainda mais morto” (ibidem, p. 57). De acordo com Alvarez, os problemas de Robbie não eram o comportamento estranho ou de dificuldades na fala, por mais que ele apresentasse essas características; o pior era seu apego poderoso e envolvente à vida vegetativa e à sensação de simplesmente não existir nada nele.

O que faltava em Robbie era algo ainda mais básico: seu próprio senso de existência e, portanto, qualquer consciência de quão perto ele podia estar da morte psíquica (ibidem, p. 102).

3.1.1 Encontros e desencontros terapêuticos

Neste item apresentamos alguns aspectos do primeiro encontro da analista com Robbie, pois alguns fatos que ocorreram neste momento guiaram muitos atendimentos da autora que consideramos de extrema importância. Após a descrição do primeiro encontro, vamos descrevendo o percurso desta análise, adentrando em dificuldades, contornos e transformações ao longo dos anos.

O primeiro encontro

Os atendimentos de Robbie com Alvarez iniciaram quando ele estava com sete anos de idade. A primeira sensação da analista foi inicialmente o sentimento de esperança e considerou seu retraimento menor se comparado a outras

crianças autistas atendidas por ela. Descreveu o paciente como uma criança bonita, porém de aparência descoordenada, como se não tivesse olhos. “Ele entrou na sala como se estivesse perdido e atordoado, balbuciando ‘foi embora’ e parecendo assustado” (ALVAREZ, 2020, p. 43).

Durante este primeiro atendimento, a autora fez alguns comentários sobre a morte de sua antiga terapeuta e ele aparentou relaxar. Posteriormente, ele faz o desenho de um arco, que é nomeado pela analista como uma ponte, que interpreta como sendo um elo entre ela e sua terapeuta anterior, sugerindo que ela poderia não ser uma estranha tão ameaçadora. Ainda nesta sessão, ele pega um barbante e começa a amarrar em si e na mão de Alvarez com satisfação. Ela interpreta que era um desejo dele de que ele ficasse preso a ela e não fosse abandonado, como ocorreu com a antiga terapeuta. Somente muito depois, Alvarez deu-se conta de que o jogo do barbante não era um símbolo de contato, mas sim de um relacionamento limitado, sem saída, concreto e muito macio. Quando não podia ser assim – limitado, sem saída, concreto e muito macio –, então Robbie desmoronava.

Outro momento que consideramos importante neste encontro foi o pedido de Robbie para que Alvarez amaciasse uma massinha de modelar que ele estava enrolando. Este pedido foi repetido ao longo de vários anos, representando uma necessidade de que nada nunca fosse duro demais.

Contornos e transformações

Com o passar dos atendimentos e em seus primeiros anos de tratamento, Robbie quase não percebia que havia alguém na sala com ele. Em um relato dramático, Alvarez vai descrevendo os vários períodos de atendimento, marcados por sentimentos de “urgência, horror e desespero” (ALVAREZ, 2020, p. 67) como respostas à quase-morte psíquica: ele não estava escondido, ele estava perdido, como se houvesse simplesmente um vácuo. Ainda assim, a psicoterapeuta procurava por significados e sinais de vida onde eram mínimos.

Sobre suas defesas, a autora cita que lhe faltava o método de defesa mais patológico empregado para se contrapor a experiências muito intensas – método este denominado por Frances Tustin (1972) de encapsulamento. Se a ideia de concha cabia nesses casos – os crustáceos, definidos por Tustin e citados por

Alvarez, são aqueles capazes de fazer frente à realidade indesejada através de algum comportamento defensivo. Robbie era identificado por Alvarez como uma “ameba indefesa” (ALVAREZ, 2020, p. 34), isto corresponderia às crianças autistas que nem sequer têm a capacidade de defesa apontada nos crustáceos.

No segundo ano de tratamento, ocorreu ainda de as expectativas de Robbie de ficar emaranhado a uma figura materna serem frustradas: primeiro, pelo bebê de sua mãe, e meses depois, pelo bebê de Alvarez, ainda que seus encontros estivessem sendo apenas uma vez na semana. Após o nascimento da irmã, ele voltou descontrolado, rindo de maneira vazia, jogando-se no chão e expressando fantasias suicidas, além do seu vazio: “eu nunca tinha visto tanto vazio nos olhos de alguém – certamente não em uma criança” (ALVAREZ, 2020, p. 45). Um mês depois, ele estava menos descontrolado e mais verbal, ainda que algo de morto permanecesse nele. Seus desenhos são árvores sem folhas e frutos caídos, sendo interpretados pela analista que ele estava transmitindo a falta de vínculo e a natureza do seu mundo imaginativo interno. Vemos aqui um exemplo de interpretação, que a autora irá considerar posteriormente de forma geral como inútil e errada: “inúteis porque não desencadeavam nenhuma resposta dele e porque evitaram a questão de como realmente era estar com ele; erradas porque ele queria muito pouco naquele momento” (ibidem, p. 47).

Os inícios e fins das sessões eram sempre difíceis para Robbie, ele tocava as paredes ao longo do caminho da sala de atendimento para a sala de espera. Em uma ocasião, desenhou uma lagarta subindo em sua pele e quando a sessão acabou, ele caiu quatro vezes no caminho para a sala de espera. Por vezes, os objetos caíam de suas mãos flácidas, assim como seus braços e pernas pareciam estar apenas pendurados em seu tronco, assim como os pensamentos pareciam saltar de sua mente vazia.

Quando Alvarez o percebia muito angustiado, como normalmente ficava nas interrupções entre as sessões, ela buscava falar com ênfase e intensidade, ainda que ela não soubesse se ele estava escutando ou se ele estava assimilando algum elemento de suas interpretações. Em uma das interrupções de sua análise, aos onze anos de idade, Robbie retornou após três meses com melhor verbalização e animado, e as árvores de seus desenhos agora estavam com as folhas firmes. Já alguns anos depois, uma semana após outra pausa, agora adolescente, ele passou por uma espécie de colapso em casa. A mãe e o

pai passaram uma semana sentados ao seu lado enquanto ele chorava e gritava, ocasião que o garoto relembrou o tempo que tinha ficado com os cachorros e longe dos pais. Em seu retorno às sessões de análise, ele passara a se interessar por gavetas de outras crianças e a tentar desabotoar o avental da analista, ficando assustado quando ela solicitava que ele parasse.

Podemos observar que, ao invés de apatia e desesperança, passou a fazer parte das sessões uma real curiosidade e até a presença de certas reivindicações. Porém é válido ressaltar, que neste período, os atendimentos estavam ocorrendo cinco vezes por semana, propiciando uma contenção mais firme e forte, sendo a primeira vez que Robbie dormia à noite toda sem precisar estar embaixo de quase dez cobertores. Sua confiança estava aumentando, sua constipação e resfriados também começaram a melhorar. Em seus momentos de volta à vida durante as sessões, havia uma onda de sentimentos desfocados, difusos, que eram parcialmente agressivos, amorosos e sexuais. Alvarez acreditava que o desenvolvimento de sua sexualidade adolescente estava ajudando a despertá-lo de seu inerte retraimento com o qual estava tão acostumado, além do novo sistema de cinco sessões por semana.

Quando Robbie tinha 15 anos, Alvarez desistiu de sua “maciez” como resposta a certos rituais obsessivos dele durante o caminho para a sala de atendimento, fazendo observações de que eles poderiam falar sobre os assuntos juntos dentro da sala e que não precisava ficar mexendo em tudo no caminho. Essas observações permaneceram por semanas, até que em certa sessão, Robbie a convidou para um jogo de faz de conta em que ambos fingiriam que ela não lhe negava esses rituais e que fazia as velhas interpretações a respeito deles. Esses jogos de faz de conta foram se ramificando e crescendo. Eram brincadeiras que lhe davam prazer e o ajudavam a expandir seu mundo interno. No entanto, isso não se perpetuava, pois ele entrava em uma repetição vazia de sentido.

A ideia de esforço mental era estranha para Robbie, ele parecia não ter interesse em tentar mudar, tendo ódio pelas novidades e pelo desconhecido. Mas aos 17 anos, estava começando a se incomodar com a situação e a ter consciência da impaciência e da irritação que sua loucura, sua imprecisão e suas intermináveis protelações produziam nas pessoas normais. Ele estava em busca de ser sadio, mas seria um longo percurso, pois seu apego à vida vegetativa era poderoso e envolvente (ALVAREZ, 2020, p. 80).

A analista teve de ser cada vez mais vigilante, tentando usar sempre uma linguagem renovada, para não se perder no vazio e no comodismo das palavras de Robbie, recusando-se a ser complacente com seus métodos de emaranhamento, pois agora ele não mais tocava as paredes em suas passagens de um lugar para outro, mas paralisava mentalmente nos mesmos pensamentos e palavras, desvitalizando-as. Esta recusa a ser complacente foi um elemento importante para o desenvolvimento do paciente, ou Robbie passaria anos repetindo as mesmas frases e histórias, ficando preso a uma linguagem repetitiva. Esses choques com a realidade, que agora pareciam ter um efeito revigorante, foram os mesmos que o destruíram nos estágios iniciais de seu adoecimento (ALVAREZ, 2020).

À medida que o tempo foi passando nos atendimentos com Robbie, Alvarez (2020) teve a necessidade de ser mais ativa e mais rápida do que com outros pacientes. Foi dessa forma que a autora começou a pensar sobre uma ampliação da situação analítica, a partir de questionamentos quanto à eficácia da terapia analítica nesses casos de retraimento mais graves. Ela não sentia que Robbie queria ser encontrado, pois achava que ele tinha desistido, sendo assim ela teria que ir a seu encontro, através de um campo transferencial materno ou paterno, pois ele estava profundamente perdido.

3.1.2 Árvore da morte: o mundo interno de Robbie

Desde o primeiro contato com os pais de Robbie, Alvarez (2020) os descreve como pessoas alegres, calorosas, preocupadas, sensíveis e os outros dois filhos, como pessoas normais. Por outro lado, temos a pouca alegria dos pais pelo nascimento de Robbie, a depressão da mãe e suas separações traumáticas no segundo ano de vida. Diante dessas evidências, a autora questiona: “Será que a seiva não fluiu da mãe-raiz para nutrir e dar suporte à folha, ou será que seus próprios ódios, ciúmes e desespero destruíram dentro dele a cálida e vivificadora influência do amor?” (ALVAREZ, 2020, p. 49). Acompanhem as palavras da autora:

Talvez a depressão da mãe no início da vida de Robbie tenha influenciado – um recém-nascido pode não ser capaz de diferenciar uma mãe pouco responsiva, por estar deprimida, de uma que é indiferente de forma mais fria e insensível. E talvez

houvesse algo frágil em seu cérebro desde o princípio que o tenha tornado tão vulnerável. Outras crianças sobreviveram ao tipo de separação que ele sofreu aos 18 meses sem ficarem destruídas. Qualquer que fosse a causa, seu mundo interno ficou extraordinariamente empobrecido. Ele parecia não ter virtualmente nada, nem mesmo os mais patológicos mecanismos de defesa aos quais recorrer em momentos de estresse (ALVAREZ, 2020, pp. 49-50).

A partir do exposto, encontramos rupturas e falhas no desenvolvimento de Robbie, que me remetem às teorias de Ferenczi e Winnicott. Estes autores tratam de adoecimentos, formas de defesa e falhas na constituição de situações semelhantes ao caso do Robbie.

Pensando em Ferenczi, levantamos a hipótese de que o adoecimento psíquico de Robbie foi provocado por traumatismos precoces e por situações traumáticas vividas por ele nos primeiros anos de vida, como vimos em sua história. De acordo com os pensamentos ferencziano (1928a-1933) e winnicottiano (1945), podemos pensar que o investimento afetivo por parte dos objetos primários é indispensável para uma constituição psíquica saudável. No caso descrito, essa constituição parece ter sido falha e traumática para Robbie.

Ferenczi (1931/2011), a partir das considerações sobre traumatismos precoces, expande seus estudos, postulando que a situação traumática em qualquer idade faria o sujeito regredir a uma condição precária de desamparo e despreparo diante do imprevisível e do incontrolável. Conseqüentemente, o sujeito lançaria mão da passividade como recurso defensivo. De acordo com essa perspectiva, podemos pensar que Robbie necessitou se apassivar: isto fica evidente em seu caso, através de sua forma de se relacionar com as pessoas, de se defender das relações sociais, tendo ódio das novidades e sem interesse em tentar mudar. Supomos, portanto, que as rupturas e as discontinuidades sofridas precocemente pelo paciente nos primeiros anos de vida, serviram de base para a sua forma de se organizar. Ao se deparar com um mundo que não o acolhia em suas necessidades, que não o sustentava e nem lhe oferecia um *holding* contínuo, Robbie não encontrou outra saída para se salvar: tornou-se um sobrevivente adaptado, com fragmentações egoicas e fracasso das defesas ativas incipientes.

Robbie não vivenciava uma separação como a perda de alguma coisa ou de alguém, nem se sentia sendo deixado em algum lugar onde não desejava estar. Ao contrário, ele sentia-se

deixado em lugar nenhum. Ele não perdera alguém ou alguma coisa com a separação; ele perdera tudo, incluindo ele próprio. [...] Uma vez, ele descreveu seu mundo como uma “rede esburacada”. Era um universo irreal e ele estava perpetuamente caindo através dele (ALVAREZ, 2020, p. 32).

3.2 RECLAMING: ORIGEM E CONCEITO.

Alvarez (2020) passou a sentir a necessidade de uma ampliação dos modelos de função analítica com os quais estava familiarizada, sentindo a urgência de ser mais ativa e ágil nos atendimentos com Robbie, quando comparado a outros pacientes a quem os modelos de neutralidade e continência tinham se provado úteis, levantando o questionamento quanto à eficácia desses modelos em casos de retraimento mais graves.

Começou a perceber que tinha de ir a seu encontro, não porque ele estava se escondendo, mas porque ele se encontrava perdido. Em seu livro, cita Eleonora Fe D’Ostiana (1980), ao dizer que uma terra improdutiva não pede para ser recuperada, mas que a sua potencialidade oculta para germinar pode florescer quando procurada. Vemos em Robbie esta terra improdutiva, através de seu apego à vida vegetativa poderoso e envolvente, sem querer mudar e conhecer o novo.

O início da construção do novo conceito – o *reclaiming* – é marcado por reflexões sobre os cuidados da mãe para com seus bebês e sobre as possibilidades e limitações das atitudes psicanalíticas de neutralidade e continência. A neutralidade, com longa e importante história, é referida pela autora como uma dimensão estática. Já o conceito bioniano de continência apresenta-se de forma mais dinâmica, à medida que se refere ao trabalho emocional realizado dentro do analista – de contenção e manejo de um jogo equilibrado de forças. A autora compara este conceito com um tipo de digestão materna, que, em função da maturidade, a leva a suportar angústia, medo ou raiva do bebê e, ainda sim, a ser capaz de confortá-lo e acalmá-lo. Esta função materna é descrita como normal e comum (ALVAREZ, 2020).

Quando pensamos em função materna, também há outras características que povoam imediatamente nossa mente, como, por exemplo, a capacidade de alimentar e cuidar. Vemos estas atividades de alimentar e cuidar como importantes e vitais, isto é fato. No entanto, Alvarez propõe outras atividades que

também são essenciais às mães comuns, como ser divertida, saber improvisar, ficar em alerta, alertar o bebê e acalmar o bebê. Logo, podemos observar um contato rítmico e cíclico, com altos e baixos da mãe com seu bebê, e relacionar esta ritmicidade com as atividades descritas, em que as funções de alerta são tão importantes quanto as de conforto: “novidade, surpresa, diversão e deleite, em quantidade manejáveis desempenham um papel tão vital no desenvolvimento do bebê quanto suas contrapartidas mais serenas – estrutura, rotina, familiaridade, canção de ninar” (ALVAREZ, 2020, p. 115).

Em outras palavras, Alvarez fala sobre a importância de as mães estimularem, instigarem, alertarem seus bebês, assim como também são necessários momentos em que elas propiciem retraimento e relaxamento, estando sempre presente a ritmicidade nesta relação, com momentos de intensidade e de retraimento. Ambos são importantes para o bebê: a mãe precisa respeitar algum nível de recuo por parte do bebê, mas ela também precisa desempenhar uma função ativa para trazê-lo de volta para a interação com ela.

Isso me lembrou de uma observação de bebê que realizei no curso “Relação pais-bebê: da observação à intervenção” no Instituto Sedes Sapientiae, na qual cada aluno fazia a observação de bebês, que durante a pandemia foram feitas on-line. Na dupla mãe-bebê que eu observara, ocorreu uma observação na qual a mãe dizia em tom brincalhão sorrindo para seu bebê: “*olha para mim, olha para mim, seu bagunceiro!*”. O bebê, que neste momento possuía quatro meses e cinco dias, olha para sua mãe, emite alguns sons e olha para o outro lado, em direção ao celular em que eu estava na tela, porém era um olhar como quem passa pelo ambiente ao redor do aparelho. A mãe continua insistindo para que o bebê olhe para ela, chamando e balançando sua cabeça como quem faz uma brincadeira e quer chamar sua atenção.

Nesta observação pude detectar uma atitude reivindicatória comum da mãe diante de um bebê que, por um momento, não estava disponível. Alvarez (2020) considera esta atividade de reivindicar como uma atividade comum que ocorre no início da vida, quando as mães conhecem seus novos bebês, descrevendo-a como uma busca do contato, de mostrar que o bebê está sendo visto, como uma espécie de convite para o contato, em que o bebê não fica fechado em suas próprias atividades corporais ou interesses, mas também é direcionado pela assistência ativa e pelo evidente desejo de sua mãe.

A partir desta atividade comum – a de reivindicar, juntamente com a necessidade que Alvarez sentia de movimentar-se em direção a Robbie, retirando-o do seu retraimento e de sua condição de perdido, surgiu a denominação desta experiência de *reclaiming*. Na nota de rodapé que explica o campo semântico do termo, o sentido de *reclaiming* fica ampliado: significa a ação de atrair aves com um *reclamo*, instrumento que o caçador usa para imitar o canto das aves que deseja atrair". E ressalta: "O sentido de trazer de volta fica evidente" (ALVAREZ, 2020, p. 97). Daí a importância de ser mais ativo, chamando o paciente de volta para si mesmo e ao contato humano, para a vida, reivindicando-o e alertando-o para a sua própria existência.

Na tradução do livro de Alvarez, ora é usado o verbo "reclamar", ora são usados outros termos, como "reivindicar", que, no entanto, a autora considera como algo anterior. Em nosso idioma, português, quando pensamos no verbo "reclamar", relacionamos a significados como o de queixar-se, se opor, fazer críticas. Estes significados não coincidem com o sentido que daremos quando formos falar desta função. Chamamos atenção apenas para as dificuldades na tradução, que devido a isso, ora citamos o termo em inglês "*reclaiming*", ora utilizamos o termo traduzido, que equivale a: *chamar à vida e/ou (re)convocar*.

Fazendo um retorno à descrição do caso, havia situações que Robbie ficava a maior parte do seu tempo absorto com o tocar na parede ou com suas frases repetitivas, até que Alvarez não viu outra saída a não ser chamá-lo pelo seu nome, colocando a sua cabeça bem próxima aos olhos de Robbie, buscando chamar à vida seu paciente, trazê-lo de volta. Fazer este chamado com ênfase e intensidade estava intimamente ligado ao seu sentimento de urgência de desespero frente aos seus desligamentos do paciente, ainda que a princípio ela não soubesse se ele estava escutando e até mesmo assimilando suas "chamadas". Juntamente com esta estratégia, Alvarez sentiu a necessidade de intensificar o número de sessões, aumentando para cinco vezes na semana.

Estas estratégias são exemplos do que a autora denomina de *reclaiming*, e que ela considerou vital para que Robbie saísse de sua bolha. Seguimos com suas palavras:

Foi em uma dessas ocasiões, em julho, logo antes de uma longa interrupção de verão, que ele pareceu emergir e me cumprimentou como a uma amiga perdida há tempos. Foi também imediatamente após isso que ele teve sua crise, ou

melhor, irrompeu de seu autismo, o que fez com que todos sentissem que ele estava voltando à vida e que precisava e poderia se beneficiar de um tratamento mais intensivo (ALVAREZ, 2020, p. 144).

Podemos observar a forma intuitiva da analista e o quão efetivo foi sua atitude de chamá-lo à vida. Vemos nesta função sua disponibilidade em estar junto de seu paciente de forma empática e viva, sendo dinâmica e estando atenta às suas reais necessidades: “por mais melodramático, desequilibrado, não contido e não continente que possa parecer, de fato teve algo a ver com um alcance que foi, pela primeira vez, suficientemente longo” (ibidem, p. 144).

A dialética das funções

Devido ao retraimento e à quase morte psíquica, o caso de Robbie era desesperador. Era necessário algo a mais para resgatá-lo, de forma que ele não ficasse perdido para sempre. Devido à necessidade e à gravidade do caso, Alvarez (2020) considerava a neutralidade como algo que não teria como dar conta daquele nível de retraimento. Posteriormente, a autora fala sobre a noção de transformação na obra de Bion (1962), que resulta do processo de contenção presente na mãe e no analista, afirmando que difere de uma imagem estática do espelho neutro de Freud. Bion (1962) captou a ideia de neutralidade de Freud e a transformou em continência, que é uma combinação de atividade e neutralidade.

Entendemos que a neutralidade descrita pela autora se refere ao analista excessivamente retraído, ao passo que é possível discernir algo de neutralidade na própria atitude de (re)convocar. Na atitude de (re)convocar está presente alguma neutralidade, tendo em vista que esta função não é fusional e que há uma diferenciação entre o analista e o paciente. Estamos nos referindo aos benefícios da neutralidade presente na função de (re)convocar. Ao lermos o caso Robbie, vemos que na espera de projeções de seu paciente e buscando revelações que nunca aconteciam, a autora passou a sentir a necessidade e a urgência de ser mais ativa e mais ágil do que com outros pacientes para quem o modelo de neutralidade tinha provado ser de alguma utilidade.

Na prática, quando estamos com um paciente que não pôde experimentar os cuidados iniciais de forma satisfatória, que por algum motivo não teve um

ambiente suficientemente bom, percebemos que o manejo e as demandas mudam consideravelmente. No entanto, não sabemos quais exigências serão feitas de imediato; isso ocorrerá apenas gradativamente, pois o paciente precisará começar a ter esperança de que suas exigências serão atendidas, justamente aquelas relativas às necessidades primárias do bebê que não puderam ser acolhidas em sua infância primária.

Diante da crescente demanda que hoje estão presentes na clínica, Figueiredo (2013) discorre sobre as modificações a que os psicoterapeutas se veem compelidos, sendo em muitos casos necessário que o analista se implique ativamente, principalmente quando a capacidade de associação livre do paciente está afetada.

Em certa passagem, após descrever uma sessão em que Robbie enrolava uma massinha de modelar, de forma psicologicamente muito distante, Alvarez (2020, p. 47) fez “interpretações pseudopsicanalíticas”, que posteriormente considerou inúteis e impróprias, reconhecendo que na verdade o que seu paciente queria era muito pouco naquele momento. Aqui podemos observar a importância e a necessidade da reserva e que, às vezes, a implicação pode colocar à prova a capacidade de reserva dos analistas, tendo em vista que estes pacientes “exigem uma atenção constante, uma prontidão de resposta, uma sustentação verbal e física que ameaçam esgotar todas as nossas reservas” (FIGUEIREDO, 2000, p. 22).

Em determinados momentos no *setting* analítico, o que podemos oferecer aos pacientes é este acompanhamento na solidão, partilhando de sua impotência, sendo que isso, muitas vezes, é o suficiente e o necessário (ROUSSILLON, 2019). Isso não se configura como uma posição estática e sim como uma disposição para tolerar o que chega, observar o que se mostra e encarar o que emerge, sendo importante a compreensão da neutralidade neste sentido mais amplo (FIGUEIREDO, 2000). O autor diz:

(...) manter-se em reserva, no caso do analista, é preservar uma parte sua entediada, desligada e indiferente, mas, por isso mesmo, disponível para o instante da decisão, para a intervenção vivaz, surpreendente e oportuna. (...) é desta reserva que nos vem a capacidade de nos mantermos vivos e, principalmente, a disposição de ressuscitarmos a cada paciente, a cada análise, a cada sessão, a cada novo e inesperado elemento que uma sessão proporciona (FIGUEIREDO, 2000, p. 48).

É importante que a noção de reserva seja exposta com sua devida importância, sem podermos esquecer também da implicação, pois é no manejo dessas polaridades que o processo analítico é conduzido de forma satisfatória. É possível e necessário sustentar a posição de reserva mesmo diante dessas situações de urgência: é apenas sustentando essa posição de entrega que o processo analítico pode enfrentar estes sofrimentos. É crucial que nunca fiquemos tão seduzidos por um polo, a ponto de esquecermos o outro.

O ponto central, portanto, parece estar relacionado à posição ocupada pelo analista, que deve sustentar essa postura de implicação reservada, ou de reserva implicada. Podemos exemplificar esta dialética em uma sessão, quando Robbie tinha quinze anos de idade e passou a convidar Alvarez para suas brincadeiras de *faz de conta*. Essas brincadeiras lhe davam prazer e o ajudavam – como qualquer brincadeira imaginativa – a desenvolver seu mundo interno, representando um avanço. Porém normalmente elas começavam com algum sentido e função, mas em um dado momento, havia uma rigidez e um congelamento, e assim permaneceria se a psicanalista não passasse a recusar. Foi necessário que Alvarez aprendesse a resistir à pressão no sentido de ser o objeto macio e moldável, nos mostrando que estas atitudes – reserva e implicação – não são mutuamente excludentes e se correlacionam em muitos momentos em todo o processo.

3.3 OS NÍVEIS DE TRABALHO ANALÍTICO: DO “POR QUE” AO “ALÔ!”

No exercício da clínica psicanalítica, diante das diversas faces do sofrimento humano, situações inusitadas nos colocam frente a desafios que por vezes põem em xeque o arsenal teórico que nos embasa. Diante desse panorama, nos sentimos instigados a fazer esta reflexão sobre os diferentes níveis de trabalho analítico (ALVAREZ, 2021).

Encontramos hoje na clínica pacientes com sentimentos de vazio, irrealidade, perda do sentido da vida, angústias intoleráveis, pânico, entre diversos outros sofrimentos. Estamos falando de traumas cujas raízes são muito primitivas e remetem a traumas devastadores nos primórdios da existência. A sensibilidade do analista é fundamental, e isso tem que levar em consideração

tanto as características do paciente quanto as do analista, que derivam de seu próprio percurso.

Os psicanalistas que se depararam com o problema dos limites da interpretação, dentre os quais o pioneiro foi Ferenczi, propuseram modificações teórico-clínicas para possibilitar o tratamento psicanalítico desses pacientes, produzindo mudanças teóricas significativas na maneira de pensar essas formas de adoecimento. Nossa proposta é demonstrar como, com pacientes graves, cujo sofrimento é qualitativamente diferente do mal-estar neurótico, o fazer do analista deve também se modificar profundamente.

Dito isto, nosso foco neste momento se refere aos manejos no *setting*. Em sua mais obra mais recente, *O coração pensante*, Alvarez (2021) fala da importância de encontrar o nível de intervenção apropriado, a partir do nível de sofrimento e/ou de desenvolvimento do ego de cada sujeito. Para a autora, o essencial é que se alcance o paciente, seja por meio lúdico ou na conversa, levando em consideração a maneira de fazer contato com os diferentes níveis de desenvolvimento emocional de cada um. Seu ponto não é dividir em níveis o trabalho analítico, mas ligar o nível de desenvolvimento simbólico à técnica.

A seguir, o leitor encontrará a descrição dos três níveis de trabalho analítico. Vamos nos aprofundar mais no terceiro nível, aquele que precisamos atingir com os pacientes que sofrem do risco de morte psíquica.

O primeiro nível é o nível explicativo (Freud e Klein), no qual se oferecem significados alternativos, sendo interpretações que almejam substituir um significado por outro, o inconsciente pelo consciente. Neste caso é suficiente a interpretação, pois os pacientes estão em contato com seus próprios sentimentos, não sendo necessário que o analista suporte em si mesmo esses afetos. É uma explicação “por quê – porque”, “quem – você” ou “onde – lá”. O paciente precisa poder pensar dois pensamentos ao mesmo tempo, tolerar a ansiedade, a dor e o pesar, um estado não muito distante da posição depressiva, como nos lembra Alvarez, se referindo as posições de Klein. É necessário um desenvolvimento do ego e a formação de símbolos já adquiridos. Estamos falando de um estado mental neurótico ou moderadamente limítrofe.

O segundo nível proposto é o nível descritivo, no qual se atribuem ou se ampliam significados. Aqui, há uma necessidade de certos pacientes de que o analista contenha as projeções, em certas circunstâncias, sem devolvê-las até

que o paciente possa se apropriar delas. O analista liga a experiência a outros pensamentos. Um exemplo para que melhor possamos compreender é quando se evita a questão de quem é o sujeito que está vivendo a experiência. No caso Robbie, Alvarez (2020) pôde perceber melhor resultado durante um dos atrasos de Robbie em que ele chegava furioso, a analista disse: “É perturbador quando isso acontece”. Dessa forma, o paciente escolhe se vai ou não se apropriar da experiência e até que ponto. Nomear e descrever a experiência é que deve ser a prioridade. Este nível é importante para pacientes psicóticos, que estejam saindo da dissociação e que tenham a necessidade de identificar e verificar um estado emocional antes de conseguir reconhecê-los como sendo seus próprios. Alcança também pacientes com pouca estruturação psíquica. Não se trata de tornar o consciente o inconsciente, mas de reestruturá-lo e até estruturá-lo.

Abordaremos agora o nível mais arcaico, o vitalizante, no qual tem de haver uma insistência no significado. Ele precisa ser anterior aos níveis descritos acima, no que se refere à psicopatologia e à técnica: é um nível para pacientes em estados desafetados de autismo, dissociação, apatia ou em estados desviantes de excitação. Em seu livro *O coração pensante*, Alvarez (2021) acrescenta a ideia de pacientes com déficit ou danos nos objetos internos, nos quais é necessário encontrar sua capacidade de amor e desenvolver a capacidade de se interessar por um objeto com vida, antes de enfrentar os ódios. Estamos falando do *reclaiming*, um nível mais intensificado de intervenção para pacientes com risco iminente de morte psíquica.

Este terceiro nível é o nível mais grave de psicopatologia e o mais extremo da técnica, no qual está presente a seguinte dúvida: será que os sentimentos e significados têm importância para esses pacientes desprovidos de afetos e que por vezes não conseguem escutar ou sentir? Para eles, o objeto é tão fraco e distante que praticamente não existiu, sendo necessário que, antes de mais nada, entrem ou voltem para o trilho, nas situações em que se encontram perdidos. O que está em jogo é que o *self* e o objeto interno estão sendo vividos como mortos ou vazios, havendo uma indiferença crônica nas relações. A autora pensa em situações em que o desapego começou tão cedo, que eles podem nunca ter desenvolvido o apego.

Um exemplo de *reclaiming* é quando Alvarez (2020) em uma determinada sessão chama Robbie por seu nome, colocando seu rosto na linha de visão do

garoto, que responde com um “Olá”. Ela precisou ser ativa para alcançá-lo, falando em tom mais alto e com uma urgência emocional, necessária para que Robbie fosse chamado de volta desse deserto psíquico. Essa técnica intensificada não seria necessária com um paciente que tivesse um ego suficiente, senso de *self* e interesse pela vida, a ponto de lutar contra a tendência e se retrair. Ela deve ser utilizada apenas para pacientes muito graves, com um subtipo específico de autismo ou de privação. É um trabalho que envolve o despertar do paciente para a atenção, sendo somente desta forma, que foi possível o alcance de Robbie e de outros pacientes empobrecidos e apassivados.

É importante ressaltar que embora esses diferentes níveis de sofrimento e de intervenção tenham sido descritos como três níveis, a autora expõe que os pacientes não se deixam enquadrar em categorias diagnósticas estritas; dessa forma, os níveis apenas se referem a diversos estados mentais que evidentemente podem ocorrer no mesmo paciente e até mesmo em diferentes momentos da mesma sessão (ALVAREZ, 2021).

3.4 FIGUEIREDO E CÉSAR: CONTRIBUIÇÕES BRASILEIRAS DE UMA CLÍNICA VIVA

Até aqui acompanhamos uma pequena parte do vasto trabalho desenvolvido na Psicanálise a partir dos autores selecionados, na tentativa de responder aos desafios na clínica com pacientes apassivados. Neste capítulo, dedicado à psicanálise contemporânea ou também conhecida como transmatricial, pudemos ter uma compreensão de como a Psicanálise tem promovido um avanço em extensão e horizontalidade, dando-nos um panorama de quão amplo é o campo ainda a ser investigado.

Para este momento, consideramos de suma importância trazer contribuições de psicanalistas brasileiros que têm se dedicado com seriedade aos estudos referentes à vitalidade, bem como às investigações clínicas com as quais o trabalho analítico se depara hoje, diante dos desafios clínicos. São autores que em suas escutas estão presentes, assim como em Alvarez, ambas as matrizes – a freudo-kleiniana e a ferencziana. Estamos falando de Luís Claudio Figueiredo e Fátima Flório Cesar.

Figueiredo (2011) ao discutir o conceito *keeping alive* (mantendo vivo), proposto por Winnicott na abertura do seu texto sobre os objetivos de uma psicanálise, refere que, muito provavelmente, o autor da proposta concordaria com a ideia de que o que torna uma análise eficaz é a capacidade da situação analisante atrair para si vida e abrir possibilidades de vida psíquica e psicossomática para seus habitantes. De acordo com Figueiredo (2011, p. 192):

Tem o direito de se chamar psicanálise, ainda que chegue a resultados diversos dos de Freud e dos demais grandes pensadores da psicanálise, qualquer trabalho que reúna e sustente as condições de operação de uma situação analisante, tal como inventada por ele e reinventada por tantos outros e por todos nós cada vez que praticamos a clínica psicanalítica.

Este conceito, segundo o autor (*ibidem*), substitui com vantagem o conceito de situação analítica, uma vez que é entendido a partir de uma dimensão dinâmica e operante do dispositivo freudiano e de suas variantes. Figueiredo (2011) esclarece que a instalação e a sustentação de uma situação analisante é sempre a principal tarefa do analista. Esta proposta de Jean-Luc Donnet é defendida pelo autor ao assegurar a efetividade do trabalho psicanálise para além do setting clássico. Acreditamos que esta noção não apenas possibilita, como favorece e assegura as possibilidades terapêuticas dos casos aqui referidos.

Para Figueiredo (2019), nos casos de adoecimento por passivação, a estratégia de uma clínica viva, vitalizante, aumenta ainda mais de importância e é fundamentalmente uma estratégia terapêutica. O autor deixa que claro que não se trata de divertir pacientes deprimidos, mas proporcionar a partir desta estratégia, uma ampliação de suas capacidades egoicas, como de transformar experiências emocionais e simbolizar. Isto implica uma vitalização da situação analisante, com uma maior disponibilidade de implicação do analista, proporcionando um ambiente acolhedor e que seja capaz de investir narcisicamente o sujeito.

A dimensão vitalizadora na função analítica também é definida por Cesar e Ribeiro (2020) a partir da disponibilidade de mente-corpo do analista. Esta disponibilidade pode ser entendida como uma abertura para os instintos vitais do paciente, se fazendo presente em todo atendimento analítico, porém sendo ainda mais necessário nos casos de “quase-morte”. Para as autoras, o propósito da

análise se constitui a partir do retorno à vida, ou mesmo, chegar até ela, sendo possível a partir de uma presença sensível, acolhedora, guiada pela empatia e tato.

Proporcionar uma atmosfera viva surge como um grande desafio nesses casos. Cesar e Figueiredo (2019) descrevem o desafio que era oferecer uma postura vitalizante no caso atendido por Cesar, descrito neste artigo: o caso de um adolescente retraído, sempre monossilábico e sem amigos. A partir deste caso, os autores expõem de como o excesso de seu retraimento levou à condução de uma postura mais ativa e de tom mais enérgico. Foi através desta sua postura e tomada pelo sentimento de urgência em chamá-lo para a vida, que a aproximação com o adolescente se fez possível.

Os autores (CESAR; FIGUEIREDO, 2019) acreditam ser imprescindível a não desistência em alcançar o paciente e que esta esperança surge como uma nova experiência propiciadora da retomada dos aspectos clivados. Em um outro artigo (2018), os psicanalistas relacionam a noção de clivagem a fenômenos que acontecem no reino animal: quando algumas espécies reagem com enrijecimento e congelamento (*freezing*) a partir de perigos extremos. Acompanhem as explicações dos autores:

Estabelecemos, portanto, uma primeira associação do mecanismo de congelamento nas espécies animais com a anestesia, o congelamento afetivo e psíquico resultante da clivagem pós-traumática – esta busca, na verdade, algum apaziguamento diante de uma dor insuportável, de um desespero existencial (CESAR, FIGUEIREDO, 2018, p. 80).

A partir deste entendimento, os autores consideram o congelamento como uma espécie de organização de ego. A clivagem aparece como uma busca em apartar-se da vivência traumática, em que o não-vivido pede para ser reconhecido. É a partir da relação e da experenciação do não-vivido, que surge um sentido e adquire vida. “Porque é da não-existência que a vida pode começar!” (CESAR, 2015)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho investiguei a importância das possibilidades vitalizantes no encontro clínico com pacientes que sofreram traumas precoces e tiveram como consequência partes do psiquismo “mortas” ou congeladas, possibilitando uma ampliação do atuar terapêutico para além das estratégias de interpretação, sem, no entanto, abrir mão destas últimas. Inseri o meu estudo no campo das matrizes psicanalíticas, tal como proposto por Figueiredo e Coelho Junior (2021). Este recorte se fez essencial diante do vasto universo teórico psicanalítico, funcionando como um organizador para a leitura e compreensão dos múltiplos cruzamentos teóricos e clínicos que encontramos hoje.

Para tanto, debrucei-me no caso clínico Robbie, paciente de Anne Alvarez, que desde o princípio nos fez refletir acerca de sua morte psíquica como uma metáfora para entendermos adoecimentos psíquicos em que houve rupturas tão radicais, que resultou em um desmoronamento das capacidades de defesa e resistência. Ainda que Robbie tenha sido paciente de Alvarez, autora oriunda da linhagem freudo-klein-bioniana e não citando Ferenczi em seus textos, propusemos um maior aprofundamento na matriz ferencziana indo em direção à psicanálise contemporânea, ou também conhecida como transmatricial (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2021), devido ao adoecimento e às particularidades de Robbie.

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 Robbie, paciente de Alvarez?

Desde meu primeiro contato com Anne Alvarez, na leitura de sua obra *Companhia viva* (2020), não apenas foi prazeroso, como também propiciou certo alento, pois seus textos não são apenas exercícios teóricos, mas propõem caminhos de trabalhos interessantes com seus pacientes. Sua clínica, que se concentrou nos cuidados de pacientes graves, me chamou atenção devido ao seu reconhecimento da necessidade de uma suplementação teórica e técnica na tentativa de alcançar estes pacientes. Fui fisgada pela forma viva e detalhada que Alvarez relata o caso Robbie, sendo uma companhia viva para mim e amenizando angústias frente ao início do meu trabalho clínico.

Através da leitura de sua obra, assim como de outros autores contemporâneos, pude perceber que é da escuta angustiada destas novas exigências que se faz a psicanálise transmatricial, não como uma escola, mas como um esforço, uma busca por respostas complexas diante destes desafios clínicos. Compreendi que o nascimento da psicanálise transmatricial se deu a partir do sentimento de urgência por respostas complexas, no entanto, é preciso reconhecer que ela não é o ponto de chegada ou uma fonte de respostas plena. Mas sim uma possibilidade diante dos novos adoecimentos. A partir de seu estudo, entendi que a nossa tarefa não consiste em buscar uma saúde “plena” – será possível? –, sem sofrimentos, mas sim em ampliar os trabalhos psíquicos de nossos pacientes, confiando em seus processos vitais, assim como nos nossos.

Para nos ajudar a falar de uma clínica viva e destes adoecimentos marcados pela impossibilidade de defesa, tal como vimos em Robbie, buscamos o alicerce teórico na matriz ferenciana (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2021). Esta matriz debruçou-se sobre os adoecimentos por passivação, tendo como pressuposto fundamental o limite dos recursos psíquicos defensivos. Para os autores desta linhagem, os traumas precoces são vivências de rupturas tão radicais, que operam um verdadeiro desmoronamento das capacidades de defesa e resistência: não há possibilidade de fuga e nem de uma reação à invasão sofrida. O indivíduo é apassivado pelo agente traumático, restando a ele “deixar-se morrer”.

Dentro desta matriz, escolhemos Sándor Ferenczi e Donald Winnicott: dois autores que embora sejam diferentes em muitos aspectos, nos levam a pensar na importância de uma estratégia vitalizante com pacientes cujo sofrimento decorre do processo de passivação, em que a “morte psíquica” encontra-se presente. Consideramos que estes autores foram além e “perfuraram” as barreiras das teorizações em Psicanálise, criando, a partir de suas vivências clínicas, questionamentos e aberturas que resultaram em um novo olhar imprescindível nos dias de hoje.

As estratégias na condução destes pacientes se articulam principalmente em torno de uma função (re)vitalizadora, de reanimação, em que a clínica “viva” se faz essencial. Quando nos referimos a esses termos, não estamos falando de “animar” o paciente com “injeções” de felicidade, mas sim de uma disponibilidade do analista – e da mãe, como vimos – de estar ligado empática e vivamente às

necessidades de quem é cuidado – o paciente ou a criança. Consideramos importante dizer de forma direta que a vitalização é essencial em todos os casos, mas mais ainda com esses pacientes que estão às voltas com questões primitivas. Ser uma presença viva é estar em permanente trabalho com o próprio psiquismo, de modo a preservar seu paciente de invasões e resguardando a confiabilidade, estando ali como um guardião da esperança.

Diante do exposto, não tivemos a pretensão de esgotar a temática estudada, mas sim de estimular novos e possíveis convites a indagações. Realizar este estudo me deu a oportunidade de ter uma melhor compreensão a respeito da prática clínica com estes pacientes que hoje não são mais a exceção em nossos consultórios. Estes pacientes, paralisados psiquicamente, convocam-nos à mobilidade, pedindo algo novo e exigindo toda a nossa capacidade criativa, levando-nos a reinventar a nossa Psicanálise. Reacender a esperança destes pacientes profundamente desesperançados, convidá-los a criar, a jogar e fantasiar, assim como reconhecer necessidades rudimentares de se sentir vivo, tudo isso, pertence ao campo da clínica que estamos aqui ampliando. Eles requerem de nós porosidade, abertura, capacidade de reconhecer lacunas e de, a partir delas, elaborar imaginativamente nossas teorias. Estes são os efeitos mais importante desta clínica: eles produzem em nós justamente aquilo que tanto parecem necessitar.

Nesta perspectiva, ponderamos ser importante lembrar que por mais que tenhamos percorrido os caminhos da matriz ferencziana, em direção à matriz transmatricial, é necessário reafirmar que ela não substitui a matriz freudo-kleiniana, e sim que ambas se suplementam. No entanto, foi necessário este recorte devido aos limites e particularidades do trabalho, especialmente porque trabalhamos a problemática associada aos pacientes desvitalizados.

Através deste estudo, pudemos concluir que, mesmo em estados de quase-morte, ou quando o paciente se encontra perdido, há sempre algo vital, uma pequena chama de vitalidade que continua presente. Ao mesmo tempo em que o analista precisa estar atento aos aspectos não saudáveis e cuidar do que está adoecido, é necessário que cuidemos do que permanece vivo, e não apenas do que está adoecido.

Por fim, destaco que a realização deste trabalho foi, para mim, um grande desafio, ao tempo que possibilitou crescimento e aprendizados incalculáveis.

Espero, assim, poder contribuir com os colegas que buscam oferecer um tempo de escuta, um lugar de acolhimento e de vida, ainda que encontrem os desafios que se colocam a um processo terapêutico, onde o deserto é dominante, diante dos pacientes dominados pela desesperança.

Após finalizado o trabalho, inicialmente me vem a sensação de que outros caminhos poderiam ter sido percorridos, outros casos poderiam ter sido discutidos e outros autores estudados. As possibilidades seriam infinitas. No entanto, esta sensação é barrada e vai se dissipando devido aos limites temporais e espaciais dos trabalhos acadêmicos – e da vida, vale lembrar. Limites, estes, que inicialmente vieram carregados de angústias e dúvidas, mas que foram se transformando em alívio, descanso, novos rumos, dúvidas e quem sabe, a possibilidade de uma nova construção acadêmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, A. A psicanálise com crianças autistas e crianças maltratadas. **Rev. Percurso**, 30(1), 101-106 (Entrevista), 2003.

ALVAREZ, A. **Companhia viva**: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, desamparadas e que sofreram abuso. São Paulo: Blucher, 2020.

ALVAREZ, A. **O coração pensante**: três níveis de terapia psicanalítica com crianças e adolescentes. São Paulo: Blucher, 2021.

BATISTELLI, L. L. E. P. de. Reflexões psicanalíticas sobre um caso com transtorno do espectro autista (TEA). **Estilos Da Clínica**, 19(2), pp. 277-293, 2014.

BION, W. R. **Learning from experience**. London: Karnac, 1962.

BORAKS, R. A capacidade de estar vivo. **Revista Brasileira de Psicanálise**, V. 42, n. 1, pp. 112-123, 2008.

CESAR, F. F.; RIBEIRO, M. F. R. **Ferenczi e a dimensão vitalizadora do analista**, 2020 (no prelo).

CESAR, F. F.; FIGUEIREDO, L. C. M. O barulho inaudível: adolescência, tédio e retraimento. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, vol. XXII, n. 3, pp. 343-352, 2019.

CESAR, F. F. Pérolas aos poucos: o relato de uma adolescência congelada. **REV. DESIDADES**. número 9, ano 3, dez. 2015.

CESAR, F. F.; FIGUEIREDO, L. C. M. O coração gelado: estratégias de sobrevivência psíquica a traumatismos severos. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 51, n. 95, pp. 73-88, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 jul. 2022.

CINTRA, E. M. Entre o corpo e a psique: uma conversa inventada entre Green, Klein e Dominique Scarfone. *In*: CANDI, T. S.; BARROS, A. R. (Orgs.) **Diálogos psicanalíticos contemporâneos Bion e Laplanche**: do afeto ao pensamento. São Paulo: Escuta, 2019.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 4. ed. São Paulo: DWW Editorial, 2017.

FE D'OSTIANI, E. An individual approach to psychotherapy with psychotic patients [Uma abordagem individual à psicoterapia com pacientes psicóticos], **J. Child Psychother**, 6, 1980.

FERENCZI, S. (1908). As neuroses à luz do ensino de Freud e da psicanálise. *In*: FERENCZI, S. **Obras completas**: Psicanálise II (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2011. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1913/2011). O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. *In*: FERENCZI, S. **Obras completas**: Psicanálise II (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1916/2011). Dois tipos de neurose de guerra (Histeria). *In*: FERENCZI, S. **Obras completas**: Psicanálise II (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1919). A técnica psicanalítica. *In*: FERENCZI, S. **Obras completas**: Psicanálise II (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1921). Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise. *In*: FERENCZI, S. **Obras completas**: Psicanálise III (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1924/2011). Thalassa: ensaio sobre a teoria da genialidade. *In*: FERENCZI, S. **Obras completas**: Psicanálise III (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1928a). A adaptação da família à criança. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas: Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1928b). O problema do final de análise. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas: Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1928c/2011). Elasticidade da técnica psicanalítica. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas: Psicanálise IV**, pp. 25-36. São Paulo: Martins Fontes, 2011

FERENCZI, S. (1929). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1930). Princípio de relaxamento e neocatarse. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1931). Análises de crianças com adultos. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1931-1932). Reflexões sobre o trauma. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. (1932) Confusão de língua entre os adultos e a criança. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psyche**, v. 11 n. 21, São Paulo, dez. 2007.

FIGUEIREDO, L. C. Figuras da sedução em análise: a vitalização necessária. **Percursos**, 63, 2019, pp. 51-60.

FIGUEIREDO, L. C. A questão dos limites e a situação analisante na clínica contemporânea. *In*: GARCIA, C. A.; CARDOSO, M. R. (Orgs.) **Limites da clínica**: Clínica dos limites. Rio de Janeiro: Cia de Freud-FAPERJ, 2011, pp. 185-208.

FIGUEIREDO, L. C. Presença, Implicação e Reserva. *In*: FIGUEIREDO, L. C.; JUNIOR, C. N. (Orgs.). **Ética e técnica em Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2000.

FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR. Preliminares à consideração das matrizes. *In*: **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura**. Matrizes e modelos em psicanálise. São Paulo: Blucher, 2018, pp. 27-39.

FREUD, S. (1914) Recordar, repetir e elaborar. *In*: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. XII. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1913) Sobre o início do tratamento (1913). *In*: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. XII. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

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, pp. 11-54.

KLEIN, M. (1952) Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. *In*: Klein, M. **Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 85-118.

KUPPERMAN, D. **Por que Ferenczi?** São Paulo: Ed. Zagodoni, 2019.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. (1987). **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MURATORI, F.; MAESTRO, S. Autism as a Downstream Effect of Primary Difficulties. Intersubjectivity Interacting with Abnormal Development of Brain Connectivity. **International Journal for Dialogical Science**, 2(1), 2006, pp. 93-118.

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, pp. 13-33.

NOTHOMB, A. (1999). **A Metafísica dos tubos**. São Paulo: Ed. Record. 2003.

- PINHEIRO, T. **Ferenczi**: do grito à palavra. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- ROUSSILLON, R. (1991). **O paradoxo da destrutividade ou a utilização do objeto segundo Winnicott**. Paradoxos e situações limites da psicanálise. São Leopoldo, RS: Editora Unisinos, 2006.
- ROUSSILLON, R. **Manual de prática clínica em psicologia e psicopatologia**. São Paulo: Editora Blucher, 2019.
- TUSTIN, F. **Autism and childhood psychosis**. London: Hogarth, 1972.
- WINNICOTT, D. W. (1964). O bebê como organização em marcha. *In*: WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 1982, pp. 26-30.
- WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1950-55). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988, pp. 389-407.
- WINNICOTT, D. W. (1952). Ansiedade associada à insegurança. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1954-1955). A posição depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal – O conceito do seio bom. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise**, p .372-377
- WINNICOTT, D. W. (1956). A Preocupação materna primária. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988, pp. 491-498.
- WINNICOTT, D. W. (1959-64). 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. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 11, pp. 114-127.

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

WINNICOTT, D. W. (1963) Desenvolvimento do indivíduo. *In*: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1963b). O medo do colapso. *In*: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1968a). Sobre “O Uso de um Objeto”. Ilustração Clínica de o Uso de um Objeto. *In*: WINNICOTT, D. W. **Explorações Psicanalíticas**: D.W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994, pp. 170-185.

WINNICOTT, D. W. (1968b). A comunicação do bebê com a mãe e da a mãe com o bebê, comparada e contrastada. *In*: WINNICOTT, D. W. **Bebês e suas mães**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

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

WINNICOTT, D. W. (1988). Integração. *In*: **Natureza humana**. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990, pp. 136-141.